

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma / sosionomi (AMK)

Tanja Gaard

OHJEISTUS KALTOINKOHTELUN TUNNISTAMISESTA, ENNALTAEH-
KÄISYÄ JA PUUTTUMISEN KEINOISTA YKSITYISELLE MUISTISAIRAI-
DEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN YKSIKÖLLE

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan ko.

GAARD, TANJA

Ohjeistus kaltoinkohtelun tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja puuttumisen keinoista yksityiselle muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksikölle

Opinnäytetyö

50 sivua + 4 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Hautalainen Merja

Toimeksiantaja

Yksityinen muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksikkö

Marraskuu 2014

Avainsanat

muistisairaus, kaltoinkohtelu, ennaltaehkäisy, puuttumisen keinot

Opinnäytetyö on toteutettu yksityisen muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksikön tilaamana, joka pysyy työssä nimettömänä heidän omasta toiveestaan. Työn tavoitteena oli selvittää kyseisen hoivakodin henkilökunnan kokemuksia kaltoinkohtelusta ja laatia kehittämistyönä ohjeistus kaltoinkohtelun tunnistamisesta, ennaltaehkäisemisestä ja puuttumisen keinoista hoivakodin henkilöstölle.

Opinnäytetyön alussa käsitellään teoriapohjan avulla muistisairautta, palveluasumisen toteuttamista ja hoitolaitoksissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua, jossa on eritelty kaltoinkohtelun eri muodot. Kehittämistyön pohjatyönä on käytetty kvalitatiivista tutkimusta, jonka aineisto kerättiin tehden avoin temahaastattelu hoivakodin seitsemälle työntekijälle. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisen teemoittelun menetelmää käyttäen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset osoittivat henkilökunnan tarvitsevan lisää tietoutta kaltoinkohtelun eri muodoista, jotta sen tunnistaminen helpottuu. Kehittämistyönä hoivakodin työntekijöille laadittiin laadullisen tutkimuksen aineistoa käyttäen ohjeistus kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemisestä ja puuttumisen keinoista.

Ohjeistuksen tarkoituksena on tukea hoivakodin henkilökunnan hyvän hoidon kriteereitä, joita noudattamalla voidaan ehkäistä kaltoinkohtelua. Ohjeistuksessa on esitelty kaltoinkohtelun eri muodot, niille altistavat tekijät ja niiden esiintyvyys hoivakodissa. Ohjeistuksen pääpaino on kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemisessä, jota on käsitelty ottaen huomioon asukkaan itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys.

Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä niille, jotka ovat kiinnostuneita tietämään muistisairaiden kaltoinkohtelusta ja tarvitsevat välineitä tunnistaa, ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Hoitajien asenteet ja arvot vaikuttavat siihen minkälaista kohtelua asukkaat saavat hoivakodeissa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social Services

GAARD, TANJA

Instructions for Recognition, Prevention and Involvement
for Abuse and Maltreatment in a Private Dementia pa-
tient's Nursing Home

Bachelor's Thesis

50 pages + 4 pages of appendices

Supervisor

Hautalainen, Merja, Senior Lecturer

Commissioned by

Private Nursing Home for Dementia Patient

November 2014

Keywords

dementia, maltreatment, abuse, prevention, intervention,
nursing home,

This study was made for a private dementia patients' nursing home. The aim of this study was to clarify to the nurses' and other caregivers' experiences on the maltreatment of the patients and give them clear instructions in order to prevent further abuse or maltreatment.

At the beginning of the study there is a theory part about the dementia patients, living in nursing home with full time care and the possible abuse of the dementia patients in these medical facilities. All different types of maltreatment are also discussed. The study is a qualitative research and data was collected by thematic interviews. The data collection was implemented in October 2014; the subject comprised 7 nurses and other caregivers from a private nursing home. The research material was analyzed by using the method of material based themes. The development process was used to formulate the introduction to the staff of the nursing home and to prevent to abuse and ways to get involved regarding maltreatment.

The purpose of the instructions was to support nurses and caregivers with the benchmarks of good care concepts and methodology by following those benchmarks they can prevent further abuse. Instructions cover all types of abuse, the reasons why dementia patients are exposed to abuse and what kind of maltreatment occurs in a nursing home. The emphasis for instruction was on preventing abuse considering the dementia patients' self-determination and their individuality.

This study would be useful for those who work in the field of elderly care and who would like to increase their knowledge about abuse and maltreatment. By this study they can get instructions for recognition, prevention and involvement for abuse and maltreatment. The attitude and voice of nurses and caregivers influence on the services the nursing homes will offer for the elderly.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	MUISTISAIRAUS	7
	2.1 Muistisairaiden käytösoireet	8
	2.2 Käytösoireiden lääkkeetön hoito	8
	2.3 Muistisairaiden itsemääräämisoikeus	9
3	PALVELUASUMISEN TOTEUTTAMINEN	10
4	HOITOLAITOKSISSA TAPAHTUVA KALTOINKOHTELU	12
	4.1 Fyysinen kaltoinkohtelu	13
	4.2 Mekaaninen rajoittaminen	14
	4.3 Psyykinen kaltoinkohtelu	14
	4.4 Kemiallinen kaltoinkohtelu	15
	4.5 Taloudellinen kaltoinkohtelu	15
	4.6 Hoidon laiminlyönti	16
	4.7 Seksuaalinen kaltoinkohtelu	17
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	17
	5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	18
	5.2 Tutkimushenkilöt	19
	5.3 Tutkimusmenetelmän toteutus	19
	5.4 Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analysointi	20
6	TUTKIMUSTULOKSET JA OHJEISTUKSEN LAATIMINEN	21
	6.1 Kaltoinkohtelulle altistavat tekijät	21
	6.2 Kaltoinkohtelun esiintyvyys ja muodot hoivakodilla	23
	6.2.1 Psyykinen kaltoinkohtelu	24
	6.2.2 Fyysinen kaltoinkohtelu	26
	6.2.3 Mekaaninen rajoittaminen ja kemiallinen kaltoinkohtelu	26
	6.2.4 Taloudellinen kaltoinkohtelu	27

6.3	Keinoja ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua	27
6.3.1	Muistisairaahan yksilöllinen kohtaaminen ja itsemääräämisoikeus	29
6.3.2	Hoivakodin henkilöstön ammattitaito	30
6.4	Hoivakodin työyhteisön keinot	31
6.4.1	Hoivakoti muistisairaahan elinympäristönä	32
6.4.2	Muistisairaahan perustarpeista huolehtiminen	33
6.4.2.1	Ravitsemus	33
6.4.2.2	Puhtaus	34
6.4.2.3	Uni	35
6.4.2.4	Liikunta	36
6.4.2.5	Muistisairaahan sosiaalinen kanssakäyminen	37
6.4.3	Muistisairaiden omaelämäkerta ja viriketoiminta	37
6.4.4	Lakien antamat mahdollisuudet kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemiseen	38
6.5	Kaltoinkohteluun puuttumisen keinot	39
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	41
7.1	Kaltoinkohtelun määrittelemine ja ilmenemine hoivakodilla	41
7.2	Mitkä tekijät altistavat muistisairaahan asukkaahan kaltoinkohtelulle	43
7.3	Keinoja ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua	43
7.4	Mitä keinoja henkilökunnalla on kaltoinkohteluun puuttumiseen	45
7.5	Tutkimuksen luotettavuus	46
8	POHDINTA	48
	LÄHTEET	
	LIITTEET	
	Liite 1. Haastatteluun osallistujan taustatiedot	
	Liite 2. Teema haastattelun runko	
	Liite 3. Kirjallinen tiedote opinnäytetyötä varten tehtävistä haastatteluista	

1 JOHDANTO

Vanhusten kurjat olot hoitolaitoksissa nousevat esille mediassa useamman kerran vuodessa. Eteläsuomalaisen palvelutalon entiset työntekijät ovat huolissaan talon asukkaista, sillä palvelutalojen arki on todella karua: ulosteissa makaamista, väärää lääkeannoksia ja kouluttamatonta työvoimaa. Entiset työntekijät kertovat artikkelissa palvelutalolla tapahtuvan runsaasti kaltoinkohtelua, eikä asukkaiden perustarpeita huomioida. (Taponen 24.10.2014.) Tuoreimpana lokakuun lopussa 2014 muun muassa Helsingin Sanomissa uutisoitu tapaus, jossa hoitaja murhasi hoitamansa huonokuntoisen vanhuksen myrkyttämällä hänet peittääkseen omaisuusrikoksen (hoitaja kavalsi vanhukselta lähes 30 000 euroa). Murhasta epäillyllä miehellä on ollut yhteinen hoiva-alan yritys lähihoitajavaimonsa kanssa. Yrityksen toiminta on keskeytetty. (Passi & Reinboth 29.11.2014.)

Vanhusten huonoista olosuhteista lukeminen on järkyttävää, jokaisella tulisi olla oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään hoitoon. Vanhusten kaltoinkohtelusta on ollut puhetta jo useiden vuosien ajan, mutta nyt vasta hoivakodeille on alettu järjestämään koulutusta kaltoinkohtelusta. Yksityisen muistisairaiden tehostetun palveluasumisen esimies huomasi hoivakodin henkilökunnan tarvitsevan tietoisuutta voidakseen tunnistaa, ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Hoivakodin esimies tiesi minun etsivän aihetta opinnäytetyölle, sillä olin aikaisemmin ollut häneen yhteydessä kertoen olevani kiinnostunut tekemään yhteistyötä heidän kanssaan opinnäytetyön merkeissä. Hän otti yhteyttä ja kertoi ajatuksesta koota hoivakodin henkilökunnan kokemuksia ja käsityksiä kaltoinkohtelusta ja laatia ohjeistus hoivakodin henkilökunnalle kaltoinkohtelun tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja puuttumisen keinoista. Innostuin aiheesta välittömästi, joten sovimme tapaamisen, jossa tarkensimme aihetta. Opinnäytetyön sopimus allekirjoitettiin syyskuun lopussa 2014 pari päivää toimeksiannon jälkeen. Hoivakodin toiveesta yritys pysyy nimettömänä tässä opinnäytetyössä.

Opinnäytetyöni teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään muistisairautta, palveluasumisen toteuttamiseen vaikuttavia lakeja ja säädäntöjä, hoitolaitoksissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua ja tietenkin kaltoinkohtelun eri muotoja. Laajan teoriapohjan lisäksi tarvittiin kvalitatiivisen tutkimuksen avulla saamaa tietoa hoivakodin henkilökunnan kokemuksista kaltoinkohtelusta. Näiden pohjalta laadin kehittämistyönä hoivakodille ohjeistuksen kaltoinkohtelun tunnistamisesta, ennaltaehkäisemisestä ja puuttumisen kei-

noista. Tässä työssä kerrotaan, millainen prosessi ohjeistuksen tekeminen on ollut ja mitkä taustateoriat siihen ovat vaikuttaneet.

2 MUISTISAIRAUS

Ikääntyvä ihminen huolestuu, kun nimet, tapahtumat ja sovitut asiat alkavat unohtua. Joskus tällainen unohtaminen kuuluu normaaliin ikääntymiseen, mutta joskus kyseessä on muistihäiriö, jonka syyt on parasta selvittää. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 23.) Muistisairaus on neurologinen sairaus, joka heikentää muistia ja muita kognitiivisia eli tiedonkäsittelyn toimintoja. Muistisairaudet voivat olla ohimeneviä, parannettavia, pysyviä jälkitiloja tai eteneviä. On aina tärkeää selvittää, mikä on taustalla oleva syy, jotta sitä voidaan hoitaa. Kaikkia muistisairauksia ei voida parantaa, mutta ainakin toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan pyrkiä ylläpitämään. (Muistiliiton käsitteistö 2014.)

Yleisimmät dementiaoireita aiheuttavat etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (n. 60 – 70 %), verisuoniperäinen muistisairaus (n. 15 – 20 %), Lewyn kappale-tauti ja otsa - ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Myös Parkinsonin tauti voidaan laskea eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi. Iäkkäillä ihmisillä verenkiertohäiriöiden ja Alzheimerin taudin yhdistelmä on myös varsin yleinen dementiaoireiden aiheuttaja. (Muistisairaudet 2014.) Muistitoimintojen ja älyllisen toimintakyvyn arvioinnin apuna käytetään lyhyitä seulantestejä, esimerkiksi MMSE-testiä tai tarvittaessa laajempaa CERAD-tehtäväsarjaa. Perusteellinen oirediagnoosi – kognitiivisten ongelmien laatu, vaikeusaste ja kehityskulku – voi antaa viitteitä myös syydiagnoosista. Hiipivästi kehittynyt muistihäiriö viittaa tyypillisesti Alzheimerin tautiin, vähitellen paheneva luonteenmuutos frontotemporaalisiin eli otsalohkodementioihin ja näköharhat taas voivat antaa aihetta epäillä Lewyn kappale -dementiaa. Muistihäiriöihin ja dementiaan liittyy myös erilaisia psyykkisiä oireita ja mielenterveyshäiriöitä. Käyttäytymisen ja psyykeen tutkimukset käsittävät neuropsykologian haastattelut ja kliinisen tutkimuksen. Kliinisessä tutkimuksessa selvitetään mielenterveydenhäiriöiden kannalta tärkeät alueet, kuten potilaan ulkonäkö, olemus, liikkumisen psykomotoriikka, mieliala, aistitoiminnot, ajatustoiminta, abstrakti ajattelu, päättelykyky ja sairaudentunto. (Erkinjuntti ym. 2001, 100–101.)

2.1 Muistisairaiden käytösoireet

Dementia ei ole vain muistin ja muiden älyllisten toimintojen rappeutumista, eivätkä dementiapotilaan ja hänen omaisensa arkielämän ongelmat niinkään aiheudu muisti-vaikeuksista. Syyt ovat muualla, sairauden edetessä muutoksia alkaa näkyä potilaan käyttäytymisessä ja tunne-elämässä esimerkiksi mielialan vaihteluna, aggressiivisuutena tai levottomuutena. Tällaisia dementian oireita kuvaamaan on vakiintunut termi non-kognitiiviset oireet eli käytösoireet. (Erkinjuntti ym. 2001, 178.) Tavallisimpia käytösoireita ovat apatia, masennus, ahdistuneisuus ja levottomuus. Käytösoireita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa, mutta vaikeimmillaan ne ovat dementian keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118.) Muita käytösoireita ovat toisto-oireet, huutelu, unihäiriöt, seksuaalisen käytöksen muutokset, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutos ja virhetulkinnat. (Aejmelaus, Kan, Kattajisto & Pohjola 2007, 232; Alhainen, Erkijuntti & Vataja 2008.) Käytösoireet aiheuttavat dementoituvalla itselleen kärsimystä, hoitopaikoissa ne yleensä häiritsevät muita asukkaita ja heikentävät heidän elinympäristönsä laatua ja uuvuttavat hoitajia. Hanka-lissa tilanteissa saatetaan päätyä liialliseen rauhoittavaan lääkkitykseen, mikä heikentää dementoituvien toimintakykyä ja kokonaisennustetta. (Aejmelaus ym. 2007, 232.)

2.2 Käytösoireiden lääkkeetön hoito

Ensisijaisena tavoitteena on käytösoireiden ennaltaehkäisy. Dementoituvan hyvä somaattinen hoito, omaisen neuvonta ja ohjaus, hoitohenkilökunnan osaaminen ja dementoituvan tarpeet huomioiva elinympäristö vähentävät käytösoireiden esiintymistä. Kaikkiin käytösoireisiin ei tarvitse puuttua. Käytösoireita pitää hoitaa, jos oire rasittaa dementoituvaa itseään, omaista tai muita ihmisiä, heikentää dementoituvan kykyä huolehtia itsestään, vaarantaa sosiaalista kanssakäymistä tai aiheuttaa vaaratilanteita. Hoidon tavoitteena on lyhentää käytösoireiden kestoa ja harventaa niiden esiintymistiheyttä, keventää hoitajien stressiä ja parantaa dementoituneen elämänlaatua. (Aejmelaus ym. 2007, 235.) Hänen pitäisi voida tuntea ympärillään hyväksyvä ilmapiiri - hoitajat, omaiset ja ystävät, jotka tietävät hänen sairaudestaan ja sen etenemisestä eivätkä kiusaannu esimerkiksi hänen yhä uudelleen esittämistä samoista kysymyksistä (Erkinjuntti ym. 2001, 184).

Kanssakäymisessä selkeys, rauhallisuus ja välittämisen viestittäminen tuovat muistisairaalle turvallisuuden tunnetta. Hoitoympäristön muuttaminen turvalliseksi ja sopiva

virikkeiden tarjoaminen ovat osa hyvää hoitoa. Myös ympäristön ilmapiirin kielteisiin seikkoihin on puututtava. Käyttösoireiden hoidossa käytettäviä lähestymistapoja ovat muun muassa aktivoiva viriketoiminta, validaatiomenetelmä ja muisteluterapia. Vaikeastikin dementoituneet voivat saada mielihyvää ja onnistumisen kokemuksia musiikin ja tanssinliikunnan keinoin. Lemmikkieläimet ja kirkasvalohoito saattavat ehkäistä ja hoitaa käyttösoireita. (Aejmelaeus ym. 2007, 235.) Käyttösoireiden ilmaantumista vähentävät huomattavasti rauhallinen ja selkeä ympäristö sekä vakiintunut päivärhythmi aamu - ja iltapesuineen ja säännöllisine ruokailuajakoineen. Myös ulkoilu sään sallies- sa, voimistelu ja liikunta yleensä ovat potilaalle hyväksi. (Erkinjuntti ym. 2001, 184.)

2.3 Muistisairaiden itsemääräämisoikeus

Sosiaalihuoltoa toteuttaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaan, jos täysi-ikäinen asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa tai sosiaalihuoltoonsa liittyvien muiden toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhteistyössä hänen laillisen edustajansa taikka omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812/2000 8§ 9§.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on valmisteltu uutta lakia, joka tulisi voimaan vuoden 2014 loppuun mennessä, jolla vahvistetaan asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja vähennetään rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Samalla turvataan kaikille perustuslain mukainen välttämätön hoito ja huolenpito sekä parannetaan henkilöstön oikeusturvaa täsmentämällä toiminnan rajoja. Lakia valmistellut työryhmä luovutti esityksensä uudesta laista peruspalveluministeri Huoviselle huhtikuussa 2014. Työryhmän mukaan tärkein tapa vahvistaa itsemääräämisoikeutta on yhteinen suunnittelu ja ennakointi. Uudistus koskee myös muistisairaiden henkilöiden palveluissa käytettävää pakkoa ja suojatoimenpiteitä. Lakiluonnoksessa ehdotetaan, että jokaisessa toimintayksikössä laaditaan yleinen suunnitelma itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi. Hyvä suunnitelma tulee myös henkilökunnan työturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden hoito ja palvelut perustuvat pääsääntöisesti vapaaehtoisuuteen ja yhteisymmärrykseen. Joskus kuitenkin joudutaan tilanteisiin, joissa henkilön hengen, terveyden ja turvallisuuden suojaamiseksi on puututtavan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen tai rajoitettava vapautta. Näistä rajoitustoimenpiteistä säädettäisiin laissa. Rajoitustoimenpiteiden käyttö edellyttäisi, että henkilön toimintakyvyn on arvioitu alentuneen pysyvästi tai pitkäaikaisesti, ja että hänen hoitonsa ja palvelunsa on yksilöllisesti suunniteltu. Toimenpiteitä voisi soveltaa henkilöön, joka ei sairauden tai vamman vuoksi ymmärrä käyttäytymisensä seurauksia ja siksi uhkaa vaarantaa vakavasti itsensä tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. Itsemääräämisoikeutta saisi rajoittaa vain silloin, kun muut keinot eivät riitä. Toimenpiteiden pitäisi olla tarkoitukseensa sopivia ja oikein mitoitettuja. Lisäksi aina olisi valittava sellainen rajoituskeino, jolla ihmisen perusoikeuksiin puututaan mahdollisimman vähän. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa 2014.)

3 PALVELUASUMISEN TOTEUTTAMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisessä kotihoidossa oli vuoden 2009 lopussa yhteensä noin 36 000 jotakin muistisairautta sairastavaa asiakasta. Se on lähes neljäsosa kaikista asiakkaista. (Vuorio & Väyrynen 2009.) Perustuslaissa säädetään, että ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti ja Euroopan ihmisoikeussopimuksessa kielletään halventava kohtelu (Sipiläinen, Kankkunen & Kvist 2011, 15). Palveluiden järjestämistä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Yksi tapa edistää turvallisuutta on kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy. Heinäkuussa 2013 voimaan tulleen Vanhuspalvelulain eli lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, avulla pyritään turvaamaan ikääntyneen väestön hyvinvointi. Yksiköissä, joissa tarjotaan hoitoa ja huolenpitoa ikäihmisille, tulisi olla selkeät ja sovitut toimintatavat kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa 2014.)

Palveluiden järjestämistä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Vanhuksen hoito ympäri-

vuorokautisen hoidon yksikössä ei kuitenkaan aina ole toimintaa ohjaavien tai ammattiryhmien eettisten periaatteiden mukaista ja yksiköissä voi ilmetä kaltoinkohtelua. (Sipiläinen ym. 2011, 15.) Muistisairauden katsotaan olevan kaltoinkohtelulle altistava tekijä, joten muistisairaille suunnatut palveluyksiköt, joissa on hyvin koulutettua henkilökuntaa pienentää muistisairaiden riskiä joutua kaltoinkohdeksi.

Palvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Turvallisuus merkitsee ennen muuta sitä, että iäkäs henkilö tietää saavansa tarvitsemaansa välttämätöntä apua kohtuullisessa ajassa. Iäkkään henkilön merkitykselliseen ja arvokkaaseen elämään kuuluu, että häntä kohdellaan kunnioittaen hänen aikuisuuttaan, yksilöllisyyttään ja intymiteettiään. Arvokas elämä edellyttää muun muassa, että iäkästä henkilöä tuetaan mahdollisimman pitkään suorittamaan päivittäisistä toimista, kuten henkilökohtaisen hygienian hoitamisesta, pukeutumisesta ja ruokailusta. Arvokkaaseen elämään kuuluu myös se, että iäkkäällä henkilöllä on mahdollisuus noudattaa normaalia päivärytmiä säännöllisine ruokailuajoina, joiden välien ei pidä olla kohtuuttoman pitkiä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen rakentamiseksi 2013.)

Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan palveluasumista, jossa henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden. Tehostettua palveluasumista järjestetään yhteistoimintaluokalla joko omana toimintana tai ostopalveluna puitesopimuksen mukaisesti. Hakemus tehostettuun palveluasumiseen käsitellään kuntien SAS-työryhmissä. SAS-ryhmä (Selvitä - Arvioi - Sijoita) toimii sosiaalitoimen ja terveydenhuollon yhteistyöryhminä, jossa pyritään arvioimaan ja suosittelemaan hoivan ja hoidon tarpeessa oleville henkilöille oikeaa ja asianmukaista hoivapaikkaa. Asiakkaalle tehdään viranhaltijapäätös, joka on myönteinen tai kielteinen olemassa olevien kriteereiden perusteella. Eri-tyylilanteissa konsultoidaan lääkäreitä. SAS-työryhmät valvovat, että asiakkaalle laaditaan alustava hoito- ja palvelusuunnitelma lähetävässä yksikössä ennen asiakkaan siirtymistä tehostettuun palveluasumiseen. Asiakkaiden siirryttäessä tehostetun palveluasumisen yksikköön hoito- ja palvelusuunnitelma tarkennetaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisten kanssa. (Laitos- ja palveluasumiseen hakeminen 2012.)

RAVA-mittari on Suomen kuntaliiton omistama ja FCG Finnish Consultin Group OY:n lisensoima ikäihmisten (65 -vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo,

puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, pesytyminen, muisti sekä psyyke. Arvioinnin tukena käytetään ns. MMSE -mittaria ja GDS -15 seula. RAVA -mittarin avulla asiakkaalle lasketaan ns. RAVA- indeksi ja RAVA -luokka, joita voidaan käyttää viitteellisinä arvoina, kun arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta. (Mikä on RAVA -mittari 2013.) SAS -työryhmä käyttää asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa RAVA -mittaria. Yleisenä käytäntöjä asiakkaiden sijoittaminen tehostetun palveluasumisen yksikköön on, jos testin tekijä saa RAVA -testin tulokseksi RAVA -luokka 3 ylöspäin RAVA - indekseillä luvun kahdesta ylöspäin, jolloin avun tarpeeksi on arvioitu vähintään valvottu hoito.

4 HOITOLAITOKSISSA TAPAHTUVA KALTOINKOHTELU

Ikäihmisiin kohdistuvalla kaltoinkohtelulla tarkoitetaan luottamuksellisessa suhteessa tapahtuvaa tekoa tai tekemättä jättämistä, joka vaarantaa ikääntyneen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai terveyden. Yleensä kaltoinkohtelulla tarkoitetaan yli 65-vuotiaisiin kohdistuvaa fyysistä ja/tai psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista ja taloudellista hyväksikäyttöä, hoidon ja avun laiminlyöntiä ja muun laista oikeuksien rajoittamista ja loukkaamista ja ikäihmisen ihmisarvoa alentavaa kohtelua. (Suvanto 2014.) Hoidossa saatetaan sortua kemialliseen kaltoinkohteluun (Kivelä 2012, 152). Kaltoinkohtelu voi ilmetä myös hoitosuhteessa tai palvelurakenteen ja yhteiskunnan tasolla rakenteellisena kaltoinkohteluna esimerkiksi palveluiden epäämisenä tai ikäsyryntänä. Kaltoinkohtelua voikin esiintyä yksilötasolla, palvelujärjestelmän tasolla ja yhteiskunnan tasolla. (Nurmi 2006.)

Ikäihmisen kaltoinkohtelun tunnistaminen on ensiarvoista, koska kaltoinkohtelulle on tyypillistä sen jatkuminen, ellei ulkopuolelta puututa tilanteeseen (Hartikainen 2008, 14). Muistisairaiden ikäihmisten kanssa työskennellessä on tärkeää erottaa, mikä ikäihmisen kertomasta on totta ja mikä voi olla sairauden tuomaa epäluuloisuutta. Luottamuksellisuus ja tuttuus asukkaan ja hoitajan välillä auttavat tilanteen hallinnassa.

Eri maissa tehtyjen tutkimuksien mukaan kaltoinkohtelun uhriksi joutuu 4 - 6 % ikääntyneistä. Suomessa ei tilastoida yli 65-vuotiaisiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua. (Lähisuhde ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset 2008.) Yksittäisissä tutkimuksis-

sa on selvitetty joidenkin kaltoinkohtelun osa-alueiden ilmenemistä. Esimerkiksi Helsingin sosiaalitoimen vuonna 2009 julkaisemassa tutkimuksessa ilmeni, että joku tai jotkut henkilökunnasta toimivat joidenkin vastaajien (15 %) mielestä kovakouraisesti ja osa vastaajista (17 %) koki jonkun tai joidenkin henkilökunnasta käyttäytyvän loukkaavasti asiakkaita kohtaan. (Soini, Kaukonen, Varis, Silander & Muurinen 2009.)

Hoitolaitoksissa tapahtuvaan kaltoinkohtelu käyttäytymiseen ovat yhteydessä useat tekijät: potilas, henkilökunta, olosuhteet ja tilanteet. Vanhusten kaltoinkohtelun syitä koskevat selitysmallit ovat pitkälti olettamuksia eivätkä edusta yksiselitteistä totuutta; taustat ja syyt ovat usein monimutkaisia. (Kankare & Lintula 2004, 99.) Kaltoinkohtelulle altistavat henkilökunnan ajan puute ja tilanteet, joissa hoidollisia tehtäviä on annettu kouluttamattomalle henkilökunnalle. Henkilöstön asenne vaikuttaa siihen, miten he kohtelevat ikäihmisiä. Jos henkilöllä on kielteisiä asenteita vanhuksia kohtaan, altistaa se asukkaat kaltoinkohtelulle. (Sipiläinen ym. 2011, 15.) Toimintakyvytön vanhus sinänsä voi edistää pahoinpitelyn syntyä. Muistisaira vanhuksen käyttäytyminen on ongelmallista, hän on sekä fyysisesti että psyykkisesti riippuvainen hoitajistaan, mikä saattaa altistaa väkivallalle. Potilaan häiritsevää käyttäytyminen voi johtaa siihen, että hoitajat käyttävät hänen hoidossaan väkivaltaisia tai epäasiallisia keinoja. (Kankare ym. 2004, 99.)

4.1 Fyysinen kaltoinkohtelu

Fyysisellä kaltoinkohtelulla tarkoitetaan kaikkea fyysisen kivun ja vahingon tuottamista esimerkiksi tönimällä, lyömällä, puristamalla, repimällä tai retuuttamalla. Fyysisistä kaltoinkohtelua voi tapahtua myös silloin, jos hoitotyön yhteydessä käytetään tilanteeseen nähden tarpeettoman rajuja otteita, joista aiheutuu ikäihmiselle kipua tai muunlaista kärsimystä. Myös yli- tai alilääkitseminen sekä muunlainen hoidon ja avun laiminlyönti voi pahimmillaan olla fyysistä väkivaltaa (Suvanto 2014.) eli kaltoinkohtelua.

Fyysinen kaltoinkohtelu loukkaa erityisesti ihmisen kehoa, mutta vahvasti myös tajunnallisuutta. Kehon tuntomuisti muistaa pitkään kaltoinkohtelun jäljet. Samalla fyysinen kaltoinkohtelu järkyttää tajunnallisuutta eli ihmisen kokemusta elämästään ja itsensä arvostamisesta. Pärjääminen voi heikentyä vammojen vuoksi sekä ihminen helposti eristäytyy muista ihmisistä. (Lämsä 2009, 13.) Murtumat ja mustelmat voivat ol-

la merkkejä kaltoinkohtelusta. Aina siitä ei kuitenkaan jää jälkiä ja sitä voi olla vaikea todistaa. (Sipiläinen 2008, 19.)

4.2 Mekaaninen rajoittaminen

Mekaanisella eli fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan toimintaa, jolla iäkkään liikku-
mista, käyttäytymistä tai muuta toimintaa rajoitetaan välittömästi tai välillisesti fyysi-
sillä keinoilla. Remmit, magneettivyöt ja tuoleissa kiinni olevat pöydät kuuluvat ra-
joittamisen keinoihin. Vanhustenhuollon työntekijät perustelevat mekaanisen rajoit-
tamisen käyttöä iäkkäiden turvallisuuden edistämiseksi, muiden asukkaiden häiritse-
misen estämiseksi, iäkkäiden jatkuvan kävelemisen ja vaeltamisen ehkäisyllä ja hoito-
toimien helpottamisella. Tällaiset rajoitteet heikentävät iäkkäiden itsemääräämisoike-
utta eli kyseessä on rajoittaminen, joka virheellisesti toteutettuna ja äärimmäisessä
muodossa on kaltoinkohtelua. (Kivelä 2012, 160.)

4.3 Psykkinen kaltoinkohtelu

Psykkinen kaltoinkohtelu voi olla huomaamaton kaltoinkohtelua, jolloin ikäänty-
nyttä ei esimerkiksi viedä vuoteeseen päiväunille, vaan hän joutuu nukkumaan pyörä-
tuolissa tai joku asukas hoidetaan aina viimeiseksi. (Lämsä 2008, 20.) Psykkisellä
kaltoinkohtelulla tarkoitetaan ikäihmiselle tarkoituksellisesti tuotettua henkistä ahdis-
tusta ja pelkoa esimerkiksi nimittelemällä, huutamalla tai kohtelemalla häntä muutoin
alentuvasti ja loukkaavasti. Mitätöiminen, nöyryyttäminen, pelottelu, uhkaileminen,
kiristäminen ja eristäminen ovat psykkinen väkivallan ilmenemisen muotoja. (Suvan-
to 2014.) Myös lapsenomaistaminen, ihmissuhteista eristäminen ja perusoikeuksien
kieltäminen ovat psykkinen kaltoinkohtelua. (Kankare ym. 2004, 95.) Psykkinen
kaltoinkohtelu liittyy yleensä hoitajan ja hoidettavan vuorovaikutussuhteeseen, jossa
asukas on usein täysin hoitajan armoilla. Hoitajien toiminta ja laitoksen toimintatavat
saattavat määrittää asukkaiden elämää siellä, eikä heillä ole mahdollisuuksia elää omi-
en tapojensa ja tottumustensa mukaan. (Sipiläinen 2008, 20.)

Psykkinen kaltoinkohtelun tunnistaminen voi olla vaikeaa. Psykkinen kaltoinkohte-
lu voi tuoda muutoksia toimintakykyyn tai käytökseen, unettomuutta tai liiallista
unenarvetta. Itkuisuus, ahdistuneisuus, eristäytyminen sosiaalisista kontakteista ja ag-
ression puuskat voivat olla tunnusmerkkejä. Myös ikäihmisen käytöksessä tapahtuva

muutos kaltoinkohtelijan saapuessa paikalle saattaa osoittaa kaltoinkohtelun olevan taustalla. (Hartikainen 2008, 16.)

4.4 Kemiallinen kaltoinkohtelu

Psyykkisestä kaltoinkohtelusta puhuttaessa astuu kuvaan myös kemiallinen kaltoinkohtelu. Kemiallinen rajoittaminen on melko yleistä muistisairaiden käyttäytymisen, liikkumisen tai muun toiminnan hillitsemiseksi. Sen peruste on tarve hillitä iäkkään levottomuutta, vihaisuutta, huutelemista, jatkuvaa kävelyä ja muuta häiritsevää käyttäytymistä. (Kivelä 2012, 161.) Muistisairaana oireiden syynä voi olla psyykkisestä kaltoinkohtelusta johtuva tila, jonka seurauksena muistisairaana käytös on voinut muuttua.

Psykenlääkkeillä ei yleensä ole myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden lievien käyttöhäiriöiden hoidossa. Niiden käyttö tulee rajoittaa vaikeiden käytösoireiden määräraikaiseen hoitoon iäkkään hyvinvointia edistäen. Muistisairaiden hoitosuositusten mukaan psykoosilääkettä voidaan käyttää voimakkaasti levottoman tai vihaisen muistisairaan hoidossa. Tällöin lääkeannoksen tulee olla mahdollisimman pieni, lääkkeen toivottuja vaikutuksia ja haittavaikutuksia tulee seurata ja käytön tulee olla määräaikaista. (Kivelä 2012, 162.)

Kemiallinen rajoittaminen on kaltoinkohtelua, jos iäkäs menettää liikuntakykynsä, muuttuu sekavaksi tai saa muita vakavia haittavaikutuksia rajoittamiseen määrätystä lääkkeestä. Tällaiset haitat ovat yleisiä, jos iäkäs saa liian ison lääkeannoksen tai hänelle määrätään kaksi tai useampi psykelääke. Kaltoinkohtelua on myös se, että määrätyn psykelääkkeen haittavaikutuksia ei huomata tai seurata. (Kivelä 2012, 163.)

4.5 Taloudellinen kaltoinkohtelu

Taloudellinen hyväksikäyttö on yksi erityisesti kotona hoidettavien vanhusten kaltoinkohtelun muoto (Kankare ym. 2004, 95), sitä esiintyy myös hoitolaitoksissa, jolloin asukkaan läheiset tai laitoksen henkilökunta syyllistyvät kaltoinkohteluun. Se sisältää laittoman tai epäeettisen taloudellisen hyväksikäytön, kiristämisen tai vanhukselle kuuluvan omaisuuden, tavaroiden tai varojen käytön. Tällöin vanhuksen rahavaroja tai muuta omaisuutta käytetään nimenomaan ilman vanhuksen suostumusta. Yleinen taloudellisen hyväksikäytön muoto on lisäksi vanhuksen omaisuuden hävittäminen. Lai-

toshoidon pitkittyessä lapset painostavat vanhuksen myymään asuntonsa tai muuttamaan testamenttinsa. Myös vanhuksen holhoukseen asettamista ja hänen myöntämiään asianajovaltakirjoja voidaan käyttää taloudellisesti väärin. (Kankare ym. 2004, 95.) Sipilän (2008, 21) mukaan taloudellista hyväksikäyttöä on myös se, kun ikääntyneelle haetaan tarpeettomasti edunvalvoja tai tämän asioiden hoitaja käyttää asemaansa väärin. Taloudellisen hyväksikäytön merkkejä voivat olla rahan tai omaisuuden (se-littämätön) häviäminen, rahapulan peittely, kieltäytyminen tarvittavista palveluista ja epätavalliset ostokset. (Aejmelaeus ym. 2007, 285.)

4.6 Hoidon laiminlyönti

Laiminlyönti on kaikkein vaikeimmin määriteltävissä oleva, mutta myös yleisin kaltoinkohtelun muoto hoitolaitoksissa. Hoidon laiminlyönti käsittää sekä tarkoituksellisen hoidon laiminlyönnin että tarkoituksettoman hoidon epäonnistumisen. (Kankare ym. 2004, 96.) Tahallinen laiminlyönti on kieltäytymistä hoitovastuusta ja tahaton voi johtua hoitajan osaamattomuudesta, uupumuksesta tai välinpitämättömyydestä (Lämsä 2009, 4). Yleisimmin sillä tarkoitetaan vanhuksen perustarpeisiin kohdistuvaa hoidon väheksymistä ja hoitamatta jättämistä (Kankare ym. 2004, 96). Hoidon laiminlyönti voi olla emotionaalista tai fyysistä, esimerkiksi pukeutumisen ja hygienian laiminlyönti, ruuan ja juoman puute, sosiaalisista kontakteista eristäminen ja joutuminen elämään virikeköyhässä ympäristössä koti- tai laitoshoidossa (Lämsä 2009, 4–5).

Pitkäaikaislaitoksen tai kaupungin tai kunnan vanhustenhuollon johtajan yksityiskohdalliset määräykset vuorokauden aikana käytettävien inkontinenssisuojien ja vaippojen enimmäismäärästä voi johtaa kaltoinkohteluun. Suojien rajoittaminen on kaltoinkohtelua, kun se aiheuttaa ihontulehduksia, painehaavoja, kipuja ja kärsimystä. (Kivelä 2012, 162.) Hoidon laiminlyöntiä on sekin, että pitkäaikaislaitoksissa asuvien liikuntakyvyttömien iäkkäiden asentoja ei muuteta riittävän tiheästi pienen henkilökuntamäärän tai muun syyn takia. Tällöinkin seurauksena ovat painehaavaumat. Vanhusten pitkäaikaishoidon järjestäminen on kuntien velvollisuus, joten kyseessä on yhteiskunnallinen kaltoinkohtelu. (Kankare ym. 2004, 96.) Hoidon laiminlyöntiä on tapahtunut, jos ikäihmisellä on aliravitsemukseen tai nesteenpuutteeseen viittaavia oireita. Myös epäsiisti olemus, vuodenaikaan nähden epäsopeva pukeutuminen, painehaavat ja ikäihmisen sitominen ovat yhteiskunnallisen laiminlyönnin merkkejä. (Lämsä 2009, 5.)

4.7 Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Seksuaalinen kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö sisältää kaiken tahdonvastaisen seksuaalisen toiminnan. Uhrin nöyryytys, alistaminen ja kivun tuottaminen ovat tyypillistä seksuaaliselle kaltoinkohtelulle. Seksuaalista kaltoinkohtelua on myös toisen ruumiin osien arvostelu ja halventaminen. Jatkuva itseen kohdistuvat alentavat arvioinnit ja halveksunnat jättävät syvät arvet ja vaikuttavat pitkäaikaisesti uhrin psyykeen itsetuntoon. (Sipiläinen 2008, 21.)

Seksuaalisen kaltoinkohtelun jälkiä voivat olla kävelyn ja istumisen vaikeutuminen, suku- ja virtsaelinten arkuus, äkillinen sekavuustila ja mustelmat reisien sisäpinnoilla. Myös käyttäytymisen muutos, kuten järkyttyminen tai kiihtyminen pukeutumis- ja riisumis- ja pesutilanteissa tai ikäihmisten puheeseen ilmaantuneet seksuaaliset sävyt voivat johtua seksuaalisesta kaltoinkohtelusta. On kuitenkin ikäihmisten kohdalla huomioitava, että ylivirittynyt seksuaalivietti voi liittyä myös sairauteen. (Hartikainen 2008, 16.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön prosessi lähti liikkeelle siitä ajatuksesta, että hoivakodin työntekijöille oli tarve laatia ohjeistus, jota he voivat käyttää työssään ehkäistäkseen kaltoinkohtelua ja keinoja puuttua siihen. Hoivakodin esimiehiä kiinnosti se, miten työntekijät kokivat muistisairaiden kaltoinkohtelun työpaikassaan. Työn tavoitteena on saada tietoa muistisairaiden hoivakodin työntekijöiden kokemuksista, asenteista ja ajatuksista kaltoinkohtelusta heidän työpaikallaan. Työntekijöiden haastatteluiden pohjalta kootaan kirjallinen ohjeistus, jota käyttäen muistisairaiden kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä ja hoitajille annetaan keinoja puuttua siihen.

Opinnäytetyön tavoitteiden pohjalta on laadittu seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten hoivakodin henkilökunta määrittelee kaltoinkohtelun?
2. Minkälaista kaltoinkohtelua hoivakodilla ilmenee?

3. Mitkä tekijät altistavat muistisairaat asukkaat kaltoinkohtelulle?
4. Miten kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä hoivakodissa?
5. Mitä kaltoinkohteluun puuttumisen keinoja henkilökunnalla on?

5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tilaajana toimii yksityinen muistisairaiden tehostetun palveluasumisen yksikkö, jonka pyynnöstä haastattelen henkilökuntaa selvittääkseni heidän käsityksensä kaltoinkohtelusta tässä kyseisessä yksikössä. Hoitajien on tärkeää tunnistaa kaltoinkohtelun muodot, jotta he voivat ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmuodon, jonka avulla saatiin selville hoivakodin henkilöstön käsityksiä kaltoinkohtelun eri muodoista, sen esiintyvyydestä ja altistavista tekijöistä.

Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittaviensa kanssa, kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Aineiston hankinnassa suositaan laadullisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään kvalitatiivista tutkimusmuotoa pohjatyönä kehitystehtävän tekemisessä eli ohjeistuksen laatimisessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksien perusteella hoivakodin henkilöstön huomattiin tarvitsevan keinoja, joiden avulla kaltoinkohtelua voitaisiin vähentää. Kehittämistyönä laaditussa ohjeistuksessa on käytetty teoreettiseen viitekehykseen koottua tietoa, joista tärkeimpänä on kaltoinkohtelun eri muodot. Ohjeistuksessa on käytetty myös lähdemateriaalin ja kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoa kuvatessa keinoja ehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Ohjeistuksessa käytettiin hyvän hoidon teoriaa sekä kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoa, jotta siitä saataisiin hoivakodille kattava kokonaisuus. Ohjeistuksessa on täten hoivakodin henkilökunnan omakohtaisia kokemuksia kaltoinkohtelusta, mikä tekee työstä helposti lähestyttävän. Hoitajien on tärkeää tunnistaa eri muodot, jotta he pystyvät en-

naltaehkäisemään ja puuttumaan kaltoinkohteluun, tästä syystä ohjeistuksessa on esitelty kaltoinkohtelun eri muodot, niille altistavat tekijät ja esiintyvyys hoivakodissa.

5.2 Tutkimushenkilöt

Tutkimukseen osallistui opinnäytetyön tilaajana toimivan hoivakodin seitsemän henkilökunnan jäsentä. Vastaajiin kuuluu hoivakodin yrittäjät, lähihoitajat ja siivooja, kaikilla heistä on opistotason tutkinto. Vastaajat ovat 45 - 56 -vuotiaita naisia, jotka ovat työskennelleet hoiva-alalla viidestä kolmeenkymmeneenkahteen vuotta. Muistisairaiden hoivatyötä vastaajat ovat tehneet 2 – 7 vuotta. Hoivakodin yrittäjillä on lisäkoulutusta muistisairaiden hoivatyöstä kuten; muistihoitajan tutkinto, vanhustyön erikoisammattitutkinto, muistikoordinaattori sekä dementiahoitaja. Tavoitteena on, että kaikilla työntekijöillä olisi vähintään muistihoitajan tutkinto. Työntekijät pääsevät lisäkoulutuksiin mahdollisuuksien mukaan.

5.3 Tutkimusmenetelmän toteutus

Kvalitatiivisen tutkimuksen kysymykset avoimeen teemahaastatteluun tehtiin viitekehysten teorian pohjalta. Kysymykset esitettiin hoivakodin vastaavalle ohjaajalle, jonka kanssa kysymyksiä muokattiin ennen esihaastattelua. Esihaastattelusta oli hyötyä, sillä testattiin, saadaanko kysymyksillä tarvittava tieto tutkimusta varten. Esihaastattelu tallennettiin, joten samalla testattiin nauhurina toimineen matkapuhelimen äänentallennusta. Tallenteesta saatiin selvää, mutta lähes olemattomat taustäännet häiritsivät huomattavasti, joten päädyttiin hankkimaan parempi sovellus varsinaisia haastatteluja varten. Teemahaastatteluun tarvittiin lisäkysymyksiä avoimien kysymyksien rinnalle, jotta saataisiin tarkempaa tietoa haastateltavien käsityksestä kaltoinkohtelusta ja haastattelutilanne sujuisi luontevammin ilman pitkiä mietintätauvoja haastattelijasta johtuen. Esihaastattelusta saatiin tutkimusta varten tarvittavaa tietoa, joten saatu aineisto otettiin mukaan tuloksiin.

Tutkimusaineisto koostuu hoivakodin työntekijöiltä saadusta tiedosta, joka kerättiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä tarkoittaa haastattelua, jossa tutkimuksen keskeiset aiheet, eli teemat, ovat ennalta määriteltynä, ja haastatteliija pitää huolen jokaisen teeman käsittelemisestä haastateltavan kanssa. (Eskola & Suoranta 2008, 86.) Teemahaastattelu soveltuu tutkimukseen hyvin, sillä sen avulla saatiin mahdollisimman todenmukainen käsitys henkilökunnan näkemys-

sistä kaltoinkohtelusta. Ennalta määritettyihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset kuitenkin jättäen tilaa haastattelun omalle pohdinnalle ja henkilökohtaisille näkemyksille. Kysymykset on laadittu niin, etteivät ne olleet johdattelevia, vaan haastateltavan täytyi itse omin sanoin vastata kysymyksiin. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna aiheen arkuuden vuoksi.

Haastattelut järjestettiin hoivakodin tiloissa työntekijöiden työajalla. Ennen haastatteluja pidettiin yhteisesti koko henkilökunnalle tiedotustilaisuus opinnäytetyön aiheesta. Tilaisuudessa korostettiin, että tietoa kerätään heidän parhaakseen, jotta muistisairaiden elämän laatua heidän hoivakodissaan voitaisiin parantaa entisestään antamalla hoitajille välineet ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua ja puuttua siihen. Haastattelutilanteessa materiaali tallennettiin nauhurille haastateltavien luvalla, josta se myöhemmin litteroitiin. Aineiston purkamisella tarkoitetaan saadun tiedon siirtämistä nauhoitetusta muodosta kirjalliseksi (Eskola ym. 2008, 150). Avoimessa teemahaastattelussa tuli esille sen joustavuus, kysymysten järjestystä pystyi ja täytyi muuttaa monessa tapauksessa tilanteeseen ja haastateltavaan paremmin sopivaksi.

5.4 Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analysointi

Haastattelujen nauhoitus onnistui hyvin, haastattelut saatiin tehtyä ilman keskeytyksiä ja kaikki osallistuneet antoivat luvan nauhoittaa sekä käyttää materiaalia opinnäytetyössän. Nauhurina käyttämäni matkapuhelimen äänentoisto toimi moitteettomasti, joten aineiston läpikäyminen myöhemmin sujui hyvin. Haastattelujen nauhoittaminen auttoi, sillä pystyin itse haastattelutilanteessa keskittymään vastausten kirjoittamisen sijaan olemaan vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa tehden tarkentavia kysymyksiä. Haastattelussa läpikäydyt teemat löytyivät yleisesti kaikista haastatteluista, tosin vaihtelevin määrin ja eri tavoin.

Purin kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston litteroimalla haastattelut sanatarkasti, jotta aineiston yksityiskohtiin pystytään palaamaan myöhemmin aineistoa analysoitaessa. Haastatteluaineiston litteroinnin jälkeen saatu aineisto luettiin läpi huolellisesti useaan otteeseen. Kun kyseessä on teemahaastatteluaineisto, ensimmäinen tehtävä on järjestää aineisto teemoittain (Aaltola & Valli 2007, 169). Aineisto järjestettiin siten, että jokaiseen kysymykseen liittyvät kohdat kerättiin saman teeman alle. Luokittelin aineiston karkeasti haastattelun kysely teemojen mukaan ja sen jälkeen edelleen luokittelin vastaukset omiin kategorioihinsa. Aineistoa ei siis tässä vaiheessa karsita, ainoas-

taan järjestetään uudelleen. Tekstinkäsittely mahdollistaa sen, että teemojen alle voidaan koota sellaisiakin kohtia, jotka kuuluvat johonkin tai joihinkin muihin teemoihin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tutkimusraportissa esitetään yleensä teemojen käsittelyn yhteydessä näytepaloja, sitaatteja. Aineistosta lainattujen kohtien tarkoituksena on antaa havainnollistavia esimerkkejä ja tarjota lukijalle todiste siitä, että tutkijalla todellakin on ollut jokin aineisto, johon hän analyysinsä pohjaa ja että aineisto on antanut johtolankoja juuri näiden teemojen muodostamiseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineistoa käsitellessäni tuloksissa käytän koko hoivakodin henkilökunnasta, sisältäen hoitajat, yrittäjät ja muut työntekijät yhteistä nimitystä ”henkilökunta”, sillä haluan pitää haastatteluun osallistuneiden henkilöiden yksityisyydestä kiinni, jotta kukaan ei pystyisi päättelemään kuka vastaajista on sanonut mitään.

6 TUTKIMUSTULOKSET JA OHJEISTUKSEN LAATIMINEN

Kehittämistyönä tehtävä ohjeistus hoivakodille sisältää henkilökunnan omia kokemuksia ja ajatuksia kaltoinkohtelulle altistavista tekijöistä, sen esiintyvyydestä ja eri muodoista. Lähtötilanteen selvittäminen tapahtui tutustumalla teoriaan aiheesta ja haastatteluaineiston analysoinnilla. Haastatteluiden avulla kartoitin hoivakodin henkilökunnan sen hetkistä (lokakuu 2014) tietoa kaltoinkohtelusta ja käytäntöjä ennaltaehkäistä sekä puuttua siihen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset koottiin ohjeistukseen viitaten viitekehyyksen teoriaan samasta aiheesta. Lisäksi ohjeistuksessa on käytetty teoriaa pohjaten hyvän hoidon kriteereihin, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua.

6.1 Kaltoinkohtelulle altistavat tekijät

Sipiläisen (2008) tutkimuksessa todettiin, että henkilökunnan peruskoulutuksella ei ole suurta merkitystä sille, miten he kohtelevat asukkaita. Sairaanhoidajat ja vähemmän koulutettu henkilökunta kohtelevat asukkaita samalla tavoin ja kaikissa ammattiryhmissä on sellaisia, jotka kaltoinkohtelevat asukkaita. Haastatteluun vastanneet hoitajat olivat samalla linjalla, sillä suurin osa heistä sanoi, että kaikki syyllistyvät jossain

määrin kaltoinkohteluun koulutuksesta tai asemasta riippumatta. Peruskoulutusta suurempi merkitys on sillä, onko henkilökunnalla lisä- ja täydennyskoulutusta ikääntyneiden hoitotyöstä, esimerkiksi muistisairaiden vanhusten hoitamisesta. Tutkimukseen osallistuneen hoivakodin kaikilla työntekijöillä on useamman vuoden kokemus vanhustyöstä ja suurimmalla osalla heistä on lisä- tai jatkokoulutusta muistisairaiden parissa työskentelemisestä.

Haastatteluista ilmeni, että merkittävä osa kaltoinkohteluista johtuu siitä, että työntekijän ja asukkaan kemiaat eivät kohtaa. Työntekijän asenteet ja arvot eivät ole välttämättä muistisairaiden hoitotyöhön sopivat. Tällöin työntekijä saattaa huomaamattaan kohdella asukkaita eriarvoisesti esimerkiksi, antamalla tietylle henkilölle ruoka-annokset aina viimeisenä, tai puhumalla tylästi tai alentavasti henkilölle, jonka kanssa kemiaat eivät kohtaa. Kaikkien kanssa ei pysty eikä tarvitse tulla toimeen, mutta ollessaan hoitajana muistisairaiden hoivakodissa tulisi hoitajan ammatillisuuden näkyä, jolloin tämä ei antaisi sen häiritä työntekoa ja altistaa asukkaita kaltoinkohtelulle.

Hoitajan heikko ammattitaito altistaa muistisairaat kaltoinkohtelulle tilanteissa, joissa hoitaja ei osaa toimia oikein asukkaan kanssa. Hoitaja ei halua antaa periksi joissakin tilanteissa, vaan esimerkiksi pakottaa muistisairaahan toimimaan haluamallaan tavallaan. Heikko ammattitaito näkyy myös tilanteissa, joissa muistisairas kykenisi toimimaan itsenäisesti, mutta hoitaja tekee tämän hänen puolesta säästääkseen aikaa tai omia hermojaan. Haastatteluissa ilmi tullut esimerkki muistisairaahan pukemisesta kuvaa kyseistä tilannetta:

”Asukas joka osaa pukea, laittaa kengät, osaa riisuutua, mutta sanoo välillä ettei osaa. Siinä sitten nätisti pitäisi sanoa, että yritä vähän aikaa ja minä tulen sitten autamaan, jos ei onnistu. Vai survasetko vaan sen pajan päälle ja kengät jalkaan sille. Siinä koetellaan meidän hermoja ja ammattitaitoa.”

Muistisairaiden asukkaiden käytöshäiriöt, altistavat kaltoinkohtelulle tilanteissa, joissa hoitaja ei osaa suhtautua asukkaaseen ammatillisesti. Tutkimuksessa esille nousi käytöshäiriöistä puheen tuottamisen vaikeus, sillä asukas voi käyttäytymisellään aiheuttaa hoitajassa tai muissa asukkaissa jonkin negatiivisen reaktion, mikä altistaa kyseisen henkilön niin fyysiselle kuin psyykkisellekin kaltoinkohtelulle. Myös muut käytöshäiriöt altistavat kaltoinkohtelulle, sillä käytöshäiriöistä asukasta hoitaessa henkilökunta saattaa joskus vastata esimerkiksi aggressiivisuuteen kovin ottein.

Vaikka aikaisemmin mainittiin, että suurin osa hoivakodin hoitajista kertoi syyllistyneensä jossain määrin kaltoinkohteluun, tapauksista enemmistö tapahtuu kuitenkin samojen hoitajien toimista – samankaltaisissa tilanteissa. Hoitajat kertoivat tämän ilmeisesti johtuvan työntekijän välinpitämättömyydestä asukkaan tunteita kohtaan. Asukkaiden henkilökohtaisista asioista keskusteleminen yleisissä tiloissa kaikkien kuullen oli yleisimpänä esimerkkinä tästä. Hoitaja ei osaa ajatella, että asukkaan asioista puhuminen loukkaa tätä eikä se ole asiallista.

Rutiineihin juurtuminen aiheuttaa myös kaltoinkohtelua hoivakodissa. Asukkaiden ollessa pitkään samassa hoivakodissa osa hoitajista tekee päivittäiset hoitotyötoimet kuten pesut ja ruokailutilanteet huomioimatta asukkaan itsemääräämisoikeutta. Haastattelun mukaan hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, mitä asukas milloinkin haluaa, eikä vain ajatella, että näin se on ollut aina ennen joten näin se tehdään tälläkin kertaa. Jotta hoitaja havaitsisi hoidettavan erilaisia tarpeita, hänen on oltava kiinnostunut siitä, mikä on missäkin tilanteessa merkityksellistä. Hoitajan kiireettömyys ja aito läsnäolo hoidettaessa auttaa kuulemaan ja havaitsemaan paremmin asukkaan tarpeita (Kankare ym. 2004, 77).

Sipiläisen (2008) tutkimuksessa kiire oli yksi kaltoinkohteluun altistava tekijä, hoivakodilla tehdyn tutkimuksen mukaan heidän yksikössään tämä ei näy. Hoivakodissa on aina tarpeeksi työntekijöitä asukkaita kohden ja aikataulu on joustava, joten kiirettä ei pitäisi olla. Useat haastateltavista kertoivat, että hoivakodilla silloin tällöin esiintyvä kiire on ns. tehtyä kiirettä, jossa pyritään tekemään samanaikaisesti liian monta työtä, vaikka aikaa olisi ollut enemmän käytettäväksi.

6.2 Kaltoinkohtelun esiintyvyys ja muodot hoivakodilla

Hoivakodille kootussa ohjeistuksessa on käsitelty kaltoinkohtelun esiintyvyyttä ja eri muotoja liittämällä tutkimusaineisto teoriapohjaisiin lähteisiin. Näin ollen ohjeistukseen on saatu kattava kokonaisuus kaikista eri kaltoinkohtelun muodoista käyttäen henkilökunnan esimerkkejä tapauksista, joita on sattunut kyseisessä hoivakodissa.

Vastaajien määrittäessä kaltoinkohtelua suurin osa nosti esille ensimmäisenä mieleen tulevana muotona psyykkisen kaltoinkohtelun, joka sisältää komentelua, tiettyjen asukkaiden suosimista, välinpitämättömyyttä, tekemistä vastoin asukkaan tahtoa ja asukkaan henkistä loukkaamista. Muutamat vastaajista puolestaan kertoi fyysisen kal-

toinkohtelun kovakouraisina otteina ja väkivaltana tulevan ensimmäisenä mieleen kaltoinkohtelusta. Vastaajat korostivat, ettei väkivaltaa sellaisenaan ilmene heidän hoivakodissa. Henkilökunnan mielestä hoivakodissa esiintyvä kaltoinkohtelu on hyvin lievämuotoista ja siihen syyllistyy lähestulkoon kaikki jossain määrin. Seksuaalista kaltoinkohtelua ei ole havaittu hoivakodissa millään tasolla. Haastatteluun osallistunut hoitaja tiivistä kaltoinkohtelun herättämät tunteet näin:

”Ensimmäisenä tulee mieleen pahaolo, että jotain asukasta kaltoinkohdellaan. Se on aina väärin ja loukkaa asukasta.”

Kaltoinkohtelua esiintyy kyseisessä hoivakodissa hyvin vähän, mikä kertoo yksikön palvelun laadun olevan korkea. Pienessä kodinomaisessa hoivakodissa panostetaan muistisairaiden hyvään elämänlaatuun, jona se pyritään pitämään aina viimeiseen saakka.

6.2.1 Psykkinen kaltoinkohtelu

Kaltoinkohtelun eri muodoista kaikki vastaajista arvioivat, että hoivakodissa esiintyi eniten psyykkistä kaltoinkohtelua. Yli kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi psyykkistä kaltoinkohtelua ilmenevän hyvin harvoin ja loput vastaajista arvioi lievää psyykkistä kaltoinkohtelua tapahtuvan useita kertoja viikossa.

Psykkinen kaltoinkohtelu ilmenee vastaajien mukaan välinpitämättömyytenä, asukkaan aliarvioimisena ja puhuttelu tavassa (äänen kohottaminen, vähättely, ilkeästi sanominen, tiuskiminen ja aiheettomasti komentaminen). Hoitajat kertoivat huomaneensa tämän toisten hoitajien käytöksestä, asukkaiden palautteesta (esimerkiksi asukkaan kertoessa jonkun hoitajista olleen äkäinen) ja omasta käyttäytymisestään, joka on jäänyt mietityttämään. Suurin osa hoitajista on pohtinut omaa käyttäytymistään päivittäisissä tilanteissa, joissa muistisairaiden fyysiset tarpeet otetaan hyvin huomioon ja fyysisesti kaikki on kunnossa (puhtaus, ravitsemus ja muut tekijät), mutta psykkinen hyvinvointi on jäänyt hoitamatta.

Suurin osa psyykkisestä kaltoinkohtelusta hoivakodissa tapahtuu, kun kaltoinkohtelijalla itsellään on niin sanottu ”huono päivä”, mikä heijastuu hoitajan käyttäytymisessä muistisairaita kohtaan kiukutteluna, tiuskimisena ja ärtyisyytenä. Vastaajien mukaan muistisairaavat aistivat tämän ja käyttäytyvät varautuneesti ärtyisän hoitajan ollessa läs-

nä. Muistisairailta tulee välillä välitöntä palautetta kaltoinkohtelijalle tai he saattavat kertoa muille hoitajille, että toinen hoitaja on ollut kiukkuinen.

Muistisairaiden puheet otetaan aina vakavasti ja niistä seuraa toimintoja. Psykkiseen kaltoinkohteluun kuuluu hoitajien keskeinen juttelu muistisairaiden asukkaiden henkilökohtaisista asioista, toiminnan tasosta ja tulevista tapahtumista hoivakodin yleisissä tiloissa muiden kuullen. Asukkaiden yksityisyyttä tulisi kunnioittaa siitä huolimatta, että asukkaat ovat muistisairaita. Kaltoinkohtelua ilmetessä kyseinen hoitaja otetaan puhutteluun tai tarvittaessa hänelle annetaan muistutus (mitä ei anneta helposti, toisesta muistutuksesta työsopimus päättyy).

Muistisairaana käytösoireet, eritoten tilanteet, joissa asukas ei pysty ilmaisemaan asiansa puheen muodostamisen häiriön vuoksi, nosti asukkaan riskiä joutua kaltoinkohtelluksi. 57 % vastaajista koki puheen muodostamisen häiriöt ja siitä johtuvan ymmärtämisen vaikeuden aiheuttavan suurimman osan hoivakodin tämän hetkisestä psyykkisestä kaltoinkohtelusta, joka ilmenee kyseisessä tapauksessa välinpitämättömyytenä ja siinä ettei, asukasta edes yritetä ymmärtää. Toisaalta vaikka asukasta yritettäisiin ymmärtää ja käyttää avainsanoja asian ratkaisemiseen ei aina saada selville mitä asukas yrittää sanoa. Osa vastaajista kertoi käyttävänsä välinpitämättömyyttä puolustuskeinona, jotta heidän kärsivällisyytensä loppuisi kyseisessä tilanteessa.

Muita tilanteita, joissa psyykkistä kaltoinkohtelua esiintyy, ovat muun muassa ruokailutilanteet, jolloin hoitajat saattavat kommentaa asukkaita ja kohdella heitä eriarvoisesti. Hoitajien tulisi muistaa, ettei kaikilla ole aina nälkä tai että joku asukas ei välttämättä pidä kyseisestä ruuasta. Vastaajien mukaan hoivakodissa ei esiinny pakkosyöttöä vaan, jos jollekin ruoka ei maistu niin syö sitten myöhemmin muuta jos maistuu. Hoitajat pitävät kuitenkin huolen, että kaikkien asukkaiden ravitsemussuositus tulisi täyteen.

Muistisairaiden omaiset ovat myös joskus syyllistyneet psyykkiseen kaltoinkohteluun haukkumalla ja syyttämällä muistisairasta aiheettomasti puhelimen välityksellä käydyissä keskusteluissa. Muistisairas on kertonut hoitajille, ettei halua puhua omaisten kanssa ja he ilmoittivat asian omaisille kunnioittaen asukkaan itsemääräämisoikeutta. Psykkistä kaltoinkohtelua esiintyy aika ajoin myös asukkaiden kesken, jos asukkaat eivät tule toimeen keskenään. Tällöin kaltoinkohtelua ilmenee ilkeämielisenä supatteluna, toisten toimintakyvyn kommentoimisena ja muiden asukkaiden vähättelynä.

Henkilökunta puuttuu tilanteeseen aina sen huomattessaan ja ottaen huomioon asukkaiden keskinäiset välit ruokailuiden istumajärjestyksessä.

6.2.2 Fyysinen kaltoinkohtelu

Kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi, ettei ole kohdannut fyysistä kaltoinkohtelua hoivakodissa, mutta kuitenkin kertoi asukkailla olevan silloin tällöin mustelmia liian kovien otteiden takia. Haastattelun perusteella osa hoitajista ei pysty tunnistamaan, missä menee fyysisen kaltoinkohtelun raja, eikä ehkä siksi pidä kovia otteita kaltoinkohteluna:

”Vanhus on niin hento ja omaa voimaa on vaikea arvioida tietyissä tilanteissa. Fyysisen satuttamisen raja on niin vaikea, että missä se menee. Raja on niin häilyvä.”

Fyysisen kaltoinkohtelun muodoiksi haastateltavat kuvasivat tilanteeseen nähden liian kovat otteet, joita hoitajat välillä käyttävät. Kovat otteet ilmenevät mustelmina ja ruhjeina asukkaissa. Vastaajat kuitenkin korostivat asukkaiden saavan mustelmia todella helposti, joten ne eivät ole aina merkki kaltoinkohtelusta. Tilanteita, joissa fyysistä kaltoinkohtelua haastatteluun osallistuneiden mukaan esiintyy, ovat muun muassa tilanteet, joissa muistisairas ei ymmärrä hoitajien antamia ohjeita, eikä siksi osaa toimia niiden mukaisesti. Tällaisissa tilanteissa hoitajien kärsivällisyys on koetuksella, minkä seurauksena hoitaja saattaa ohjeistaa asukasta tarpeettoman kovakouraisesti.

6.2.3 Mekaaninen rajoittaminen ja kemiallinen kaltoinkohtelu

Mekaanista rajoittamista ja kemiallista kaltoinkohtelua ei esiinny hoivakodilla haastateltujen henkilöiden mukaan lainkaan. Hoitajat kiinnisittävät ainoastaan niitä asukkaita, joilla on lääkäriltä saatu sitomislupa. Tällöinkin sitominen ei ole itsestään selvyyttä vaan sitomispäätöksen täytyy olla hyvin perusteltu; sitominen tulee tehdä aina asukkaan oman edun takia, eikä hoitajien hoitotoimien helpottamiseksi. Hoivakodissa muistisairaahan sitomislupaa ei lähdetä anomaan heikoilla perusteluilla, vaan asiaa on pohdittu hoitajien kesken palavereissa ennen kuin asia on otettu esille lääkärin kanssa. Hoitajat suhtautuvat saatuun lupaan positiivisesti, sillä he mieluummin sitovat muistisairaahan kiinni kuin antavat hänen jatkaa kaatuilua ja satuttaa itsensä. Kyseinen asukas ei kykene hallitsemaan liikkumistaan muistisairaudesta johtuen, vaan sairaus ajaa hänet liikkeelle aina uupumiseen asti. Haastatteluun osallistuneet kertoivat, ettei asukas

pidä kiinnisotomisesta, mutta antaa hoitajien kuitenkin useimmiten sitoa laittamatta vastaan. Välillä hän itsekin pyytää hoitajia sitomaan itsensä kiinni tuoliin, jos on ollut jo useita tilanteita, joissa hän olisi voinut satuttaa itsensä kaatumalla.

Kemiallisesta kaltoinkohtelusta ollessa puhetta yleinen ajatus on, että hoitolaitoksissa käytöshäiriöiset vanhukset rauhoitetaan lääkkeillä, jotta hoitajien työ olisi helpompaa. Haastattelussa kävi ilmi, että hoivakodissa pyritään päinvastoin vähentämään muistisairaiden lääkityksen määrää. Jos muistisairaalla huomataan käytöshäiriöitä kuten masennusta tai levottomuutta, niiden syy pyritään selvittämään ja sitä kautta hoitamaan tapausta lääkkeettömästi.

6.2.4 Taloudellinen kaltoinkohtelu

Hoivakodissa on ilmennyt taloudellista kaltoinkohtelua joidenkin muistisairaiden omaisten puolelta. Haastattelussa tuli ilmi, että erään asukkaan omaiset pyytävän rahaa käyttöönsä eivätkä ymmärrä, että asukas ei ole kykenevä itse määräämään taloudestaan vaan rahaa tulisi pyytää hyvin perustein edunvalvojalta. Hoivakodissa on ollut myös tapaus, jossa omaiset käyttivät törkeästi hyväksi muistisairaana varakkuutta myyden hänen omaisuutta ilman asianomaisen lupaan. Hoitajat puuttuivat tilanteeseen väliittömästi huomattaessaan sen ja asia meni lopulta poliisin käsittelyyn ja sitä kautta käräjäoikeuteen.

Muistisairaiden ollessa itse kykenemättömiä huolehtimaan taloudestaan heille tulisi määrätä lainmukainen edunvalvoja. Suurimmalla osalla asukkaista on jo edunvalvoja ja lopuilla edunvalvojan hankkiminen on kesken. Asukkaiden omia varoja ei säilytetä asukashuoneissa vaan hoivakodin toimistossa lukkojen takana, jonka avulla asukkaiden rahankäyttöä pystytään valvomaan ja sitä kautta ennaltaehkäistä taloudellista kaltoinkohtelua.

6.3 Keinoja ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua

Ohjeistuksen pohjana käytettävässä kvalitatiivisen tutkimuksen aineistossa todettiin hoitajien tarvitsevan keinoja ennaltaehkäistä muistisairaiden kaltoinkohtelua, sillä heillä ei vielä toistaiseksi ole riittävästi tietoa aiheesta. Kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä keskustelun ja koulutuksen, ohjeistuksen, henkilöstöresurssien hoitamisen, hoivakodin fyysisen ympäristön ja asukasrakenteen, omaisten tukemisen ja taloudelli-

sen kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyyn liittyvien toimintatapojen avulla. Hoivakodille laadittuun ohjeistukseen on koottu edellä mainittuja keinoja ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua. Nämä keinot perustuvat hoivakodin sisäisten käytäntöjen malliin, kirjallisuuden ja kvalitatiivisen tutkimuksen aineistosta koottuun tietoon.

Hoivakodissa on useita eri ohjeistuksia, joita hoitajien tulisi noudattaa ehkäistäkseen asukkaiden kaltoinkohtelua. Hyvän hoidon tavoitteena on asukkaan kaikinpuolinen hyvinvointi sekä mielekkään elämisen ja tekemisen säilyminen. Hyvän hoidon tavoitteiden pohjalta ohjeistukseen laadittiin muistisairaana asukkaan perustarpeista huolehtimisen pohjalta kattava lähdekirjallisuuteen perustuva osio, jossa on otettu huomioon asukkaan ravitsemus, puhtaus, uni, liikunta ja sosiaalinen kanssakäyminen. Edellä mainitut perustarpeet määräävät pitkälti päivän kulun, joten henkilökunnan on otettava huomioon asukkaan yksilöllinen kohtaaminen, jottei työstä tulisi ns. liukuhihnatyötä, jonka mukaan kaikki asukkaat hoidetaan saman kaavan mukaisesti. Ohjeistuksessa annetaan neuvoja muistisairaana hoitajille, kuinka he voivat ottaa asukkaan yksiköllisyyden ja itsemääräämisoikeuden paremmin huomioon hoitotilanteessa.

Hoitotilanteissa on vaarana, että hoitaja toteuttaa omia ajatuksiaan ja tahtoaan. Tämän tiedostaminen on tärkeää, jotta hoitotilanteissa ei tulisi rutinoituneita ja asukasta väheksyviä ja ettei hän joutuisi kaltoinkohdeksi. Dementoituneen ihmisen tahdon kuuleminen ja siitä selvän ottaminen on usein hankaloitunutta, koska hän ei enää pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti. Tällöin apuna ovat asukkaan ilmeet, äännähdykset ja kehon eleet, joita hoitaja tulkitsee ja yrittää näin selvittää asukkaan omaa tahtoa. Hän saattaa esimerkiksi vastata hoitajan esittämiin kysymyksiin kyllä ja ei vastauksin, nyökkäämällä tai puistamalla päätä tai osoittamalla kädellä haluamaansa asiaa ja hoitajan tehtävä on kunnioittaa hänen senhetkistä tahtoaan. Asioiden ja mielipiteen kysyminen kannattaa aina, vaikka hoitaja ei saisikaan tiedusteluihinsa suoraa vastausta. Näin toimiessa dementoituneen ihmisen mielipide huomioidaan ja hänen itsearvostuksensa säilymistä tuetaan. Tällä tavoin asukas sairaudestaan huolimatta pääsee myös vaikuttamaan oman päivänsä suunnitteluun ja kulkuun. (Kankare ym. 2004, 78.)

Hoivakodilla jo ennestään olevassa hyvän hoidon kriteereissä ovat yksikön arvot ja eettisyys, joihin kuuluvat:

- asukkaan elämänhistorian tunteminen ja erilaisuuden kunnioittaminen

- hoidon suunnittelussa, arvioinnissa ja päätöksenteossa asukkaan sekä omaisen mukaan ottaminen
- asukkaiden ystävällinen, arvostava ja kunnioittava kohtelemine kaikissa tilanteissa
- yksityisyyden takaaminen
- asukkaan identiteettiä naisena/miehenä tukeminen
- asukkaan tasa-arvoinen kohtaaminen hänen itsemääräämisoikeutta noudattaen
- hyvän hoidon ja huolenpidon, turvallisen elämän takaaminen
- saattaminen arvokkaaseen kuolemaan
- työn tekeminen kiireettömästi, vastuullisesti ja luotettavasti ammattitaitoa ylläpitäen.

Hoivakodin huonetaulussa on myös säädetty mitä kuntouttava työote tarkoittaa heidän työpaikassaan. Asukkaalle annetaan aikaa ja mahdollisuus suoriutua itse toimissaan mahdollisimman pitkään, eivätkä hoitajat tee puolesta. Muistisairasta tuetaan, ohjataan ja autetaan tarvittaessa. Asukas otetaan mukaan kodin jokapäiväisiin askareisiin hänen toimintakykynsä ja mieltymyksensä huomioiden. Yhteisen viikko-ohjelman mukaan asukkaille tarjotaan erilaisia virikkeitä. Osallistutaan kodin ulkopuolella tapahtumiin ja tehdään retkiä kauemmaskin ja asukkaiden sosiaalisista verkoista huolehtiminen. Hoivakodin hoitajien sitoutuessa toimimaan näiden ohjeiden mukaan, ei kaltoinkohtelua esiintyisi hoivakodissa. Jos hoidon kriteerit eivät toteudu, henkilökunta sitoutuu tarkastelemaan toimintaansa ja korjaamaan tilanteen määrittelemälleen tasolle. Hoivakodille laaditussa ohjeistuksessa on korostettu huonetaulun tärkeyttä kyseisen yksikön kaikessa toiminnassa.

6.3.1 Muistisairaana yksilöllinen kohtaaminen ja itsemääräämisoikeus

Jokaisen hoitotilanteen lähtökohtana on apua tarvitsevan ihmisen kohtaaminen. Kohtaamisessa tehtävien suorittaminen ei ole tärkein ja päällimmäisin asia, vaan hoitajan

pitää olla valppaana vastaamaan asukkaan sen hetkisiin tarpeisiin, jotka vaihtelevat paljonkin tilanteittain. Joskus asukas tarvitsee apua suoriutuakseen ruokailusta. Ajoittain dementoitunut henkilö voi tuntea olonsa yksinäiseksi ja kaivata seuraa ja hoitajan läheisyyttä, toisinaan hän kaippaa vain yksinoloa. Jotta hoitaja havaitsisi hoidettavan erilaisia tarpeita, hänen on oltava kiinnostunut siitä, mikä on missäkin tilanteessa merkityksellistä. Hoitajan kiireettömyys ja aito läsnäolo hoidettaessa auttaa kuulemaan ja havaitsemaan paremmin asukkaan tarpeita. (Kankare ym. 2004, 77.) Hoitajien ollessa kiinnostuneita ja aidosti läsnä hoitotilanteissa voidaan välttää aikaisemmin kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksissa analysoidut psyykkisen kaltoinkohtelun useimmat muodot, muistisairaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja yksikölinen kohtaaminen ovat siten tärkeässä roolissa kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyssä.

Hoitotyössä asukas kohdataan tasavertaisena ihmisenä, eikä häntä tule asettaa tilanteeseen, jossa hän ei itse haluaisi olla. Tämä edistää asukkaan oikeutta yksityisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen. Hoitotilanteissa on vaarana, että hoitaja toteuttaa omia ajatuksiaan ja tahtoaan. Tämän tiedostaminen on tärkeää, jotta hoitotilanteista ei tulisi rutiinotuneita ja asukasta väheksyviä ja ettei hän joutuisi kaltoinkohdeksi. (Kankare ym. 2004, 78.)

6.3.2 Hoivakodin henkilöstön ammattitaito

Hoivakodin henkilöstön heikko ammattitaito on suurimpana kaltoinkohteluun altistavana tekijänä kvalitatiivisen tutkimustulosten mukaan. Hoitajan osaaminen vaikuttaa siihen, miten hän kohtelee vanhusta. Jos hoitajalla ei ole riittävästi tietoja ja taitoja kohdata käytöshäiriöistä asukasta, saattaa hän kaltoinkohdella tätä. (Hawes 2003, 447.) Tästä syystä on tärkeää, että hoivakodin henkilökunta on ammattitaitoista ja heillä on mahdollisuus päästä erilaisiin jatkokoulutuksiin vanhusten ja muistisairaiden hoivasta, joilla he pystyvät parantamaan osaamistaan entisestään. Kaltoinkohtelua ilmenee enemmän, mikäli henkilökunta ei tunnista sitä, eikä tiedä miten heidän tulisi toimia mahdollisessa kaltoinkohtelutilanteessa (Sipiläinen ym. 2011, 16). Kehittämistyönä toteutettavan ohjeistuksen tarkoitus on lisätä hoitajien tietoisuutta kaltoinkohtelusta, jotta he voivat omalla toiminnallaan ehkäistä sitä ja puuttua tilanteisiin, joissa sitä ehkä ilmenee.

Kehittämistyön ohjeistukseen on koottu hoivakodille neuvoja valita muistisairaiden hoitotyöhön soveltuvia hoitajia. Työssä on käsitelty lähihoitajien ammattietiikkaa, hy-

vän hoitajan kriteereitä sekä työtä ohjaavia lakeja ja säädöksiä. Kankareen ym. (2004, 76.) mukaan dementiahoitajien on kyettävä hoitotyössä kuulemaan asukkaiden tarpeita. He ovat tavallaan dementoituneiden ihmisten asianajajia ja tietyissä tilanteissa puolestapuhuja, sillä joskus omaisten tahto saattaa olla ristiriidassa asukkaan edun kanssa. Tällaisten tilanteiden selvittäminen vaatii hoitajalta hyvää ammatti- ja yhteistyötaitoja, mutta myös sopivaa jämäkkyyttä.

Ohjeistuksessa on nostettu esille laki terveydenhuollon ammattilaisista (28.6.1994/559), jonka mukaan, jos on perusteltua aihetta olettaa, että terveydenhuollon ammattihenkilön ammatinharjoittamistaidoissa tai ammattitiedoissa on puutteita, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitaitojen tai -tietojen tutkimiseksi työkokeiluun, työnäytteeseen tai kuulus- teluun. Seurauksena terveydenhuollon oikeusturva voi kieltää laillistettua ammatti- henkilöä harjoittamasta ammattiaan tai peruuttaa luvan saaneen ammattihenkilön am- matinharjoittamisluvan taikka kieltää nimikesuojattua ammattihenkilöä käyttämästä asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. (Laki ter- veydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

6.4 Hoivakodin työyhteisön keinot

Sipilän (2008) mukaan työyhteisössä on tärkeää keskustella työstä heräävistä tunteista. Keskustelua voidaan käydä päivittäin työn ohessa tai erikseen esimerkiksi työnohja- uksessa. On tärkeää uskaltaa kertoa työtovereille, jos joku asukas herättää negatiivisia tunteita, ja että uskalletaan myöntää, jos on epäonnistuttu kohtaamisessa jonkun asuk- kaan kanssa. Keskustelukulttuuri vaatii avointa ja tukevaa työyhteisöä.

Ohjeistuksessa on käsitelty Surakan (2006, 66–67) hyvän työyhteisön kriteereitä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Hänen teoksen mukaan työyhteisössä on oltava yhteinen arvomaailma ja luottamus, joiden avulla ongelma nostetaan esille, ja ne käsitellään ja selvitetään yhdessä. Ohjeistuksen avulla pyritään tekemään juuri näin, sillä sen tavoit- teena on lisätä henkilökunnan tietoisuutta kaltoinkohtelusta ja antaa heille yhteiset keinot ennaltaehkäistä ja puuttua siihen. Kankareen ym. (2004, 80) mukaan oikealla henkilöstömitoituksella taataan osaltaan asukkaan hyvä hoito. Hoivakodissa työnteki- jöitä on paikalla 0,6 per asukas, mikä on riittävä määrä Suomen Lähi- ja perushoitaja- liiton henkilöstömitoituslaskurin mukaan. (Henkilöstömitoituslaskuri 2014.)

Haastattelun mukaan hoivakodin hoitajat pitävät työstään; ja he tulevat mielellään töihin, hoivakodin kodinomaisuudella on suuri merkitys tähän. Hoivakodilla on ollut toiminnan alusta lähtien lähestulkoon sama työporukka. Ainoastaan yksi työntekijä on vaihtunut ja muuten vaihtuvuus on johtunut sijaisuuksista. Sijaisetkin ovat pysyneet enimmäkseen samoina.

Haastatteluissa ilmeni, että työyhteisön toivotaan välttävän tilanteita, joissa asukas voi altistua kaltoinkohtelulle. Tähän apuna tulee toimimaan ohjeistus, jossa on toimintamallit, miten kaltoinkohtelulle altistavissa tilanteissa tulisi toimia. Asukkaan vastustellessa hoitotoimenpiteitä tai jollain tavalla ärsyttäessä hoitajaa, voidaan sopia, että tilanteesta lähdetään pois ja yritetään myöhemmin uudestaan: joissakin tilanteissa voi olla tarpeen, että toinen hoitaja jatkaa asukkaan kanssa.

”On huomattu, että jos hoitajana jäät siihen tilanteeseen, niin asukas hermostuu ja tilanne saattaa johtaa väittelyyn. Silloin on parempi lähteä ja yrittää myöhemmin uudestaan tilanteen rauhoitettua.”

6.4.1 Hoivakoti muistisairaana elinympäristönä

Opinnäytetyön tilaajana toimii yksityinen muistisairaille suunnattu tehostetun palveluasumisen yksikkö. Osakeyhtiö on perustettu 2000-luvulla, yrittäjien toimesta. Hoivakodin asukkaat ovat keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaita. Asukaspaikkoja on noin 10, mikä käytännössä tarkoittaa, että muutamassa huoneessa saisi olla pariskunta tai sisarukset aluehallintavirastosta saadulla erikoisluvalla, kyseessä on siis pieni hoivakoti. Kaltoinkohtelusta kootussa ohjeistuksessa on vinkkejä hoivakodin henkilökunnalle muistisairaana elinympäristön hyödyntämisestä asukkaiden viriketoiminnassa.

Yksikköä rakennettaessa on otettu huomioon muistisairaiden asumisen tarpeet tehden yksiköstä kuitenkin mahdollisimman kodinomaisen. Hartikainen ja Lönnroos (2008, 114–115) ovat luetelleet keinoja, joilla voidaan tukea muistisairaana hyvinvointia kodin ulkopuolisessa hoidossa. Ympäristön selkeys, hahmotettavuus ja hallittavuus ehkäisevät orientaation häiriintymistä. Ympäristö mahdollistaa turvallisen vaeltelun, yhteisten tilojen kulkureiteillä ei ole kynnyksiä eikä mattoja, jotka lisäävät kaatumisen riskiä. Yhteisten tilojen käytävillä on kävelyä tukevia kaiteita ja asukkailla on mahdollisuus käyttää erilaisia apuvälineitä kulkemisen helpottamiseksi. Hoivakodista löytyy hyvän olon tunteita tuottavaa puuhailua, kuten pyykkien viikkaamista ja kukkien kas-

telua; asukkaat saavat osallistua toimintaan halutessaan. Muistisairaiden turvattomuuden tunnetta on pyritty ehkäisemään harmonisella ilmapiirillä ja sillä, että asukkailla säilyy näköyhteys hoitajiin päivän aikana mahdollisimman hyvin. Hoitajat käyttävät toimistoa vain päivittäisten toimien raportointiin. Hoivakodissa ei ole omaa erillistä kahvihuonetta hoitajille, vaan he viettävät taukonsa asukkaiden kanssa. Hoivakodissa on selkeästi kirjoitettuja viestejä asukkaille, joissa kerrotaan muun muassa, keitä on työvuorossa päivän aikana, ruokalistat ja päivämäärät. Lisäksi jokaisen asukkaan huoneen ovesa on oma nimi ja kuva, mikä helpottaa asukkaita löytämään oman huoneensa. Hoivakodissa on käytetty värikontrasteja selkeyttämään tilojen hahmottamista, lattiat ovat vaaleat, huonekaluihin on valittu tummempi väri ja pesutiloissa on taustaväristä erottuva wc-istuin.

Rakennus on suuri omakotitalo, jossa on iso aidattu piha-alue, hyötypuutarha ja kesäisin pihalla on kotieläimiä. Rakennuksessa on automaattinen paloilmoituslaitteisto ja sammutuslaitteisto, mikä tekee hoivakodista turvallisen kodin talon asukkaille. Kodinomaisuutta lisäävät talon asukkaiden omilla tavaroilla ja huonekaluilla sisustetut huoneet ja omien vaatteiden käyttö.

6.4.2 Muistisairaana perustarpeista huolehtiminen

Haastatteluiden perusteella huomattiin, että kaltoinkohtelua tapahtuu arjen normaaleissa toiminnoissa, jotka ohjaavat päivän kulkua. Tästä syystä muistisairaana perustarpeista huolehtiminen, johon kuuluvat: ravitseminen, puhtaus, uni, liikunta ja sosiaalinen kanssakäyminen on otettu esille kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyssä. Kaikki tarpeet tulisi ottaa tasavertaisesti huomioon. Usein fyysiset tarpeet tulee tyydytettyä, mutta muistisairaana henkinen ja sosiaalinen puoli jää vähemmälle huomiolle, kuten useat hoitajat mainitsivat haastatteluissa. Seuraavana käydään läpi ohjeistukseen koottu muistisairaana perustarpeiden hoitaminen ottaen huomioon asukkaan henkinen hyvinvointi.

6.4.2.1 Ravitseminen

Tutkimukset osoittavat vanhainkodissa asuvien iäkkäiden ruokahalun paranevan, energian ja suojaravinteisen saannin lisääntyvän, masennusoireiden vähenevän, fyysisen toimintakyvyn ja muistin paranevan sekä seurustelun ja yhteisöllisyyden lisääntyvän, kun ruokasali kalustetaan viihtyisäksi, ruokapöydät koristellaan ja katetaan kau-

niisti ja iäkkäät saavat osallistua ruokasalissa tehtävien muutosten suunnitteluun.

Nämä tulokset tuovat esille sen, että ruokailu ei ole vain fysiologisten tarpeiden tyydyttämistä. Maukas ruoka ja viihtyisä ympäristö tuottavat mielihyvää. Syöminen yhdessä muiden kanssa antaa mahdollisuuksia keskusteluun ja kanssakäymiseen. Ruokailu on myös sosiaalinen tapahtuma, ja seurustelu ruokailun yhteydessä lisää ruoan maittavuutta ja ruokahalua. (Kivelä & Vaapio 2011, 31.)

Hoivakodin ruokailutila on viihtyisä, asukkaat aterioivat kahden pitkän pöydän äärellä, jossa jokaisella on oma paikka. Pöytä katetaan ja ruoka-annokset tarjoillaan asukkaille lämpiminä ja miellyttävän näköisenä ottaen huomioon kunkin erikoisruokavaliot, henkilökohtaiset mieltymykset ja tarvittavat apuvälineet. Asukkailta kysytään muun muassa mitä he haluavat juoda, minkälaista leipää ja millä päällysteillä.

Vaikeastikin dementoituneet ihmiset pystyvät yleensä vastaamaan ja kertomaan mieliteensä yksinkertaisiin ja selkeisiin kysymyksiin. Hoitajan täytyy kyetä aidosti ajattelemaan asukkaan parasta, ettei toteuttaisi omia toiveitaan ja pyrkimyksiään johdattelevilla kysymyksillä ja toteamuksilla, kuten ”juodaanpas nyt kahvia” (Kankare ym. 2011, 79). Haastattelussa ilmeni että, jos ateria ei jostain syystä maistu sillä hetkellä, ei asukkaan ole pakko syödä, vaan ruoka voidaan tarjota myöhemmin, jolloin ruoka maistuu paremmin. Hoivakodissa hoitajat syövät yhdessä asukkaiden kanssa näyttäen samalla malliesimerkkiä ruokailusta.

6.4.2.2 Puhtaus

Puhtaudesta huolehtiminen käsittää iäkkään henkilökohtaisen hygienian sekä puhtaan ja siistin vaatetuksen ja ympäristön. Se kuuluu hyvän perushoidon kulmakiviin, johon jokaisella iäkkäällä on oikeus toimintakyvystään, kunnostaan ja sairauksistaan riippumatta. Hygienian hoitoon kuuluu paljon toimintoja, jotka ihmiset tavallisesti suorittavat yksin niihin varatuissa tiloissa. Hygieniaan, puhtauteen ja siisteyteen kuuluvien oikeuksien toteutuminen kunnoltaan heikentyneiden iäkkäiden hoidossa edellyttää riittävän määrän wc-tiloja, iäkkäiden ohjaamista tai auttamista wc:hen tai astialle, heidän auttamistaan siistiytymisessä, pesuissa ja pukeutumisissa, riittävän usein tapahtuvaa inkontinenssista kärsivien suojusten tai vaippojen vaihtoa ja iäkkäiden pukeutumista puhtaiksi ja yksilöllisiin vaatteisiin. (Kivelä ym. 2011, 45–46.)

Yksityisyyden tarve on muistettava etenkin silloin, kun iäkäs ei itse pysty käymään wc:ssä. Alusastialle tai wc-ämpärille autettavan suojaaminen siten, että muut eivät näe häntä tai kuule hänen puhettaan, kuvastaa yksityisyyden suojan minimivaatimusta. (Kivelä, ym. 2004, 46.) Kylvytys ja suihkussa tai saunassa käynti tehdään iäkkään mielipidettä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä kunnioittaen tarpeeksi lämpimissä tiloissa, rauhallisesti ja kiireettömästi. (Kivelä, ym. 2011, 46.) Dementoituvalle on tärkeä selvittää, mitä tapahtuu ja miksi häntä esimerkiksi riisutaan. Koska dementoituva ei yleensä muista edellistä peseytymistään, on tärkeää joka kerta huolehtia, että hän ymmärtää, mistä on kysymys, eikä hämmenny tilanteesta. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 130.)

Kun asukkaan ja hoitajan hoitosuhde on jatkunut pitkään, helpottaa se dementoituneen ihmisen tapojen ja yksilöllisten piirteiden tuntemista. Itsestään huolehtiminen, pukeutuminen ja kauniiksi laittautuminen ovat dementoituneelle ihmiselle yhä tärkeitä asioita, joilla hän ilmentää omaa identiteettiään. Hoitajan onkin tärkeää ymmärtää kysymisen suuri merkitys; ei ole ollenkaan yhdentekevää, mitä ylle puetaan, laitetaanko koruja vai lakataanko kenties kynnet. Asukkaita kannustetaan tuomaan esille omaa perisoonaansa. Voidaan esimerkiksi kysyä haluaako hän sinisen tai punaisen puseron, housut vai hameen yllensä. (Kankare ym. 2004, 79.) Aejmelauksen ym. (2007, 141) mukaan vaatteiden tulisi vastata henkilökohtaisten mieltymysten lisäksi hoidon asettamia vaatimuksia. Niiden tulisi olla mahdollisimman käyttömukavia eli helposti puettavia ja hoidettavia sekä yleensä mielellään konepestäviä. Vaatteiden täytyy suojata käyttäjänsä intimiteettiä, tuntua hyvältä ihoa vasten ja kestää lukuisia pesukertoja. Kauniit vaatteet ovat mukavia, ne lisäävät viihtyvyyttä ja siten myös turvallisuuden tunnetta.

Hoivakodilla käy kampaaja kahden kuukauden välein siistimässä asukkaiden hiukset ja jalkahoitaja kolmen kuukauden välein huolehtimassa asukkaiden jalkahygieniasta. Tarvittaessa käyntejä voidaan järjestää useammin.

6.4.2.3 Uni

Monet sisäiset ja ulkoiset tekijät vaikuttavat unen laatuun ja hyvän unen kokemukseen. Elimistön rytmistä toimintaa ohjaa sisäinen kello, jonka ansiosta elintoiminnat ja nukkumisajat noudattavat vuorokausirytmii ympäristöstä riippumatta. Ulkoiset tekijät kuten valo, äänet, toiminnat, ruokailu ja liike edistävät sisäisen kellon toimintaa ja yl-

läpivät valvetilaa. Muita uneen ja nukkumiseen vaikuttavia ulkoisia tekijöistä ovat heräämis- ja nukkumaanmenoajankohdat sekä vuodenajat. Makuuhuoneen äänettömyys, hämäryys ja oikea lämpötila, nukkujan keholle sopivat patjat ja tyyny sekä lämmönmenetystä eristävä peite kuuluvat hyvän unen perusteisiin. (Kivelä ym. 2011, 59.) Dementoituvien iäkkäiden hoidossa on erityisen tärkeää pyrkiä rytmittämään ja erottamaan päivä- ja yöaika selkeästi. Valot, pukeutuminen ja vuoteessa olon välttäminen valveaikaoloaikana saattavat olla hyödyksi. (Aejmelaeus ym. 2007, 174.)

Riittävä lepo ja nukkuminen ovat tärkeitä mielihyvän lähteitä esimerkiksi vanhainkodeissa asuville iäkkäille, koska he ovat joutuneet luopumaan monista asioista avun tarpeen lisääntyessä ja omasta kodista pois muutettaessa. Olisikin tärkeää, että vanhainkodeissa asuvat voisivat mahdollisuuksien mukaan noudattaa omaa luontaista vuorokausirytmiiään, jolloin aamu-uninen saisi nauttia pitkään nukkumisesta ja iltavirkku voisi lueskella tai katsella tv:tä myöhään kaikessa rauhassa. Kun kaikki eivät halua yhtä aikaa aamupesuille ja aamiaiselle tai iltatoimiin ja nukkumaan, hoitajatkin saavat avustaa asukkaita aamu- ja iltatoimissa kiireettömämmin. (Aejmelaeus ym. 2007, 167–168.)

6.4.2.4 Liikunta

Hoivakodissa asuvilla ikääntyneillä on heikentynyt toimintakyky ja heillä on usein myös liikuntarajoitteita. Mitä huonompi ihmisen toimintakyky on, sitä vähemmän hän yleensä harrastaa liikuntaa. Toimintakyvyn heikentyminen ei ole kuitenkaan este liikunnalle, vaan se vaatii kiinnittämään enemmän huomiota erilaisiin liikkumismahdollisuuksiin (Aejmelaeus ym. 2007, 153.) Jonkinlaista liikuntaa pystyvät harrastamaan lähes kaikki, kunhan valitaan jokaiselle parhaiten sopiva liikuntamuoto ja raskuusaste. Liikuntaan ohjaaminen on iäkkään kuntoutumista tukevaa toimintaa. (Hartikainen ym. 2008, 334.)

Hoivakodissa muistisairaavat voivat harrastaa päivittäin liikuntaa hoitajien ohjeistuksella. Päivittäinen liikunta, kuten hoivakodin käytävällä kävely, kevyt tuolijumppa tai jumppa ja seisomaan nousu harjoitukset ovat riittävät tukemaan muistisairaahan toimintakykyä. Apuna voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä, joiden avulla iäkkäät voivat liikkua itsenäisesti tai avun turvin (Aejmelaeus ym. 2007, 157). Iäkkäiden liikunnan tulee perustua heidän yksilölliseen kuntoonsa. Liikunnan, kuntoilun ja voimistelun tulee tuntua mukavalta. Liikunta voidaan aloittaa keveillä harjoituksilla ja rasittavuutta

lisätään kunnon parantuessa. (Kivelä ym. 2011, 88.) Hoivakodilla käy fysioterapeutti kerran viikossa läheteiden perusteella, välillä hän pitää jumppaa koko porukalle yhteisesti.

6.4.2.5 Muistisairaana sosiaalinen kanssakäyminen

Haastatteluista ilmeni muistisairaiden sosiaalinen kanssakäymisen rajoittuvan suurimmaksi osaksi hoitajien kanssa käytäväksi. Hoitajien tulisi pitää tämä mielessä, jotta he muistaisivat olla aidosti läsnä asukkaiden kanssa ollessaan. Hoivakodissa on asukkaita, jotka voisivat pienen ohjauksen jälkeen seurustella yhdessä, pienikin vuorovaikutus tekee hyvää.

Muistisairas ihminen on sairaudestaan huolimatta sama ihminen kuin aina ennenkin. Hänellä on tietty luonne, elämän aikana muodostuneet arvot ja oma elämäntarinansa iloineen ja suruineen. Vuorovaikutuskumppanin tehtävänä on löytää ihminen sairauden takaa, osoittaa myötätuntoa, kunnioitusta ja aitoa kiinnostusta häntä kohtaan. Läsnäolo, lyhyt pysähtyminen, muistisairaalle ihmiselle osoitettu sana tai kommentti, yhteinen nauru, kuunteleminen, hyväksyvä nyökkäys, lämmin katse ja kosketus kertovat siitä, että pidän sinusta, olet minulle tärkeä ja hyväksyn sinut juuri sellaisena kuin olet. (Burakoff & Haapala 2013.)

Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet kaikenikäisten kanssa seurustelevien iäkkäiden mielialan, muistin ja fyysisen toimintakyvyn säilyvän paremmin kuin niiden hyvinvoinnin, jotka elävät senioriyhteisöissä tapaamatta lapsia, nuoria ja työikäisiä perheitä. Nämä havainnot tuovat yhteisöllisyyden ja todellisen sosiaalisen integraation merkityksen vanhenneville ihmisille. (Kivelä ym. 2011, 102.) Hoivakodin tulisi pitää kiinni yrityksen ulkopuolisten suhteiden ylläpitämisestä esimerkiksi paikallisen koulun kanssa, jonka oppilaat käyvät esiintymässä talon asukkaille. Omaisten päivää vietetään muutaman kerran vuodessa erilaisten tapahtumien yhteydessä.

6.4.3 Muistisairaiden omaelämäkerta ja viriketoiminta

Jokaisesta asukkaasta kootaan hoivakotiin tullessa omaelämäkerta, johon kootaan laajasti asioita, jotka saattavat vaikuttaa nykypäivään, kokoamisessa omaiset ovat suurena apuna. Haastatteluiden mukaan asukkaiden omaelämäkertoja ei käy läpi muut kuin sen koonnut omahoitaja. Hoivakodissa otetaan muistisairaiden yksilöllisyys jo hyvin

huomioon, mutta sitä voitaisiin parantaa entisestään, jos hoitajat paneutuisivat paremmin jokaisen asukkaan elämäkertaan. Elämänkaaren tunteminen auttaa asukkaan kohtaamisessa sekä hänen toiveidensa, käyttäytymisensä ja puheensa ymmärtämisessä (Kankare ym. 2004, 74). Elämäkerrasta voi löytyä joitakin asioita, joista muistisairas on pitänyt, mutta ei kykene ilmaisemaan mielenkiintoaan kyseistä asiaa kohtaan sairautensa takia. Omaelämäkertojen pohjalta jokaiselle muistisairaalle on tehty oma viriketoimintasuunnitelma, on tärkeää ymmärtää, että dementoituneen ihmisen elämä jatkuu sairastumisen jälkeenkin ja siihen tulee uusia vivahteita (Kankare ym. 2004, 75). Hoivakodilla on yhteinen viikko suunnitelma, joka vaihtelee vuodenaikojen mukaan. Esimerkiksi maanantaisin leivotaan, tiistaisin lauletaan, keskiviikkoisin jumpataan ja niin edelleen. Joka kuukausi vietetään tärppi-päivää, jossa muistisairaiden toiveet on otettu erityisesti huomioon, esimerkiksi lokakuussa 2014 järjestetään asukkaiden lempiruokaviikko. Ohjeistuksessa on annettu vinkkejä erilaisten viriketoimintojen pitämiseen.

6.4.4 Lakien antamat mahdollisuudet kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemiseen

Haastatteluissa tuli ilmi suurimman osan asukkaista olevan edunvalvonnan alaisena. Ohjeistukseen koottiin täysin teoriapohjainen osio kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemisestä lakien antamien mahdollisuuksien mukaan.

Holhouslainsäädännön mukaan maistraatti tai käräjäoikeus voi määrätä **edunvalvojan** henkilölle, joka ei kykene valvomaan etuaan tai hoitamaan taloudellisia tai muita asioita. Hakemus edunvalvonnan tarpeesta osoitetaan sen alueen maistraatille (hakijana edunvalvontaansa pyytävä henkilö) tai käräjäoikeudelle (hakijana muu), jossa edunvalvontaa tarvitseva henkilö asuu. Hakemuksessa on määriteltävä edunvalvojan tehtävät sekä edunvalvonnan perustelut ja todennäköinen kesto. Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärintodistus edunvalvontaa tarvitsevasta henkilöstä ja hänen kyvyistään huolehtia taloudesta ja muista asioistaan. Edunvalvojan on huolehdittava päämiehensä omaisuudesta siten, että omaisuus ja sen tuotto voidaan käyttää päämiehen henkilökohtaisiin tarpeisiin ja muuten hänen hyödykseen. Edunvalvoja ei saa tehdä tärkeitä oikeustoimia päämiehensä puolesta ilman maistraatin lupaa. Näihin kuuluu muun muassa asunnon tai kiinteän omaisuuden myynti, lainan ottaminen tai lahjoituksen antaminen. Edunvalvoja ei myöskään saa myydä sellaista omaisuutta, jolla on päämiehelle erityistä arvoa tai jota päämies tarvitsee tullakseen toimeen. Edunvalvojan tehtäviin

kuuluu huolehtia myös siitä, että päämiestä hoidetaan lääketieteellisten ja hoitotyön ohjeiden ja suositusten ja eettisten ohjeiden mukaisesti. Maistraatti valvoo edunvalvojan toimia. Edunvalvojan tulee tehdä selvitys maistraatille valvottavaksi annetusta omaisuudesta edunvalvonnan alkaessa ja tämän jälkeen vuosittain. (Kivelä 2012, 26–27.) Edunvalvojan avulla voidaan ennaltaehkäistä taloudellista kaltoinkohtelua.

Perheenjäsenen tai perheen ulkopuolisen henkilön aiheuttama toistuva tai jatkuva häiritseminen ja kaltoinkohtelu voidaan saada loppumaan pyytämällä **lähestymiskiellon** määräämistä kyseiselle henkilölle. Lähestymiskielto määrätään henkeen, terveyteen, vapauteen tai rauhaan kohdistuvan rikoksen, tällaisen rikoksen uhan tai muun vakavan häirinnän torjumiseksi. Yleisiä syitä ovat henkilöön kohdistuva jatkuva psyykkinen häirintä, fyysinen kaltoinkohtelu tai omaisuuden toistuva riistäminen. Lähestymiskielltoa voi hakea kuka tahansa, jolla on perustellut syyt tuntea itsensä toisen henkilön uhkaamaksi tai häiritsemäksi. Myös sosiaali- poliisi- tai syyttäjäviranomainen voi hakea kiellon määräämistä. Lähestymiskielltoa haetaan joko suullisesti tai kirjallisesti poliisilta tai käräjäoikeudelta, siinä tulee kertoa minkälaista uhkaa hän kokee, kuka aiheuttaa uhan, kuinka jatkuvaa uhka on ja onko uhka- tai väkivaltatilanteissa ollut muita henkilöitä todistajina. Lähestymiskiellon laajuus riippuu muun muassa uhka- ja kaltoinkohtelutapauksesta ja väkivallan uhrin ja tekijän suhteesta. Lähestymiskielto määrätään tietyn ajan pituiseksi, jota voidaan perustelluista syistä jatkaa näiden ajanjaksojen jälkeen. (Kivelä 2012, 1691–71.) Lähestymiskiellon avulla voidaan ennaltaehkäistä jo aikaisemmin tapahtunutta fyysistä, psyykkistä, taloudellista ja / tai seksuaalista kaltoinkohtelua.

6.5 Kaltoinkohteluun puuttumisen keinot

Kaltoinkohteluun puuttuminen on aina hankalaa, kuten haastatteluissa tuli ilmi. Kvalitatiivisen tutkimuksen mukaan hoitajien kynnystä puuttua nostaa se, että kaltoinkohtelijana saattaa olla työkaveri, jonka tekemisiin he eivät uskalla tai halua puuttua, sillä he pelkäävät työilmapiirin kärsivän siitä. Kaltoinkohteluun puuttuminen on erityisen tärkeää, sillä muistisairaat asukkaat eivät kykene itse vaikuttamaan asiaan, vaan hoitajien on toimittava heidän edunvalvojinaan tässä tilanteessa ja saatava kaltoinkohtelu loppumaan. Ohjeistuksen myötä hoitajat saavat tietoa kaltoinkohtelusta, mikä helpottaa asiasta puhumista ja siten myös rohkeutta puuttua asiaan. Hoivakodilla on jo en-

tuudestaan joitakin keinoja puuttua kaltoinkohteluun. Ohjeistuksessa annetaan henkilökunnalle yhteiset toimintamallit puuttumiseen.

Kaltoinkohtelun tunnistaminen on haastavaa samaten kuin siihen puuttuminen. Tunnistettaessa kannattaa pitää mielessä, että lieväkin kaltoinkohtelu on vakavaa ja siihen on aina puututtava. Muistisairas asukas ei välttämättä kykene itse pitämään puoliaan, joten omaisten ja hoitajien on oltava valppaana tunnistaakseen tilanteet joissa asukas saattaa joutua kaltoinkohdeksi. Kaltoinkohtelun havaitsemiseen on useita keinoja, kuten aikaisemmin on mainittu luvussa 2, jossa käsitellään kaltoinkohtelun eri muotoja hoivakodissa. Näistä esimerkkeinä ovat fyysisen kaltoinkohtelun jälkinä näkyvät mustelmat ja ruhjeet sekä psyykkisen kaltoinkohtelun seurauksena johtuvat käytöksen muutokset. Hoitajien on tunnettava muistisairaajat asukkaat hyvin ja oltava aidosti kiinnostunut heistä pystyäkseen tunnistamaan kaltoinkohtelun. Hoitajien keinoina tunnistaa kaltoinkohtelua ovat hoivakodin tapahtumien kuuleminen ja näkeminen, oman sekä muiden hoitajien toiminnan seuraaminen hoivatilanteissa, asukkaiden keskinäisten välien huomioiminen ja asukkaan sekä omaisten kuuleminen.

Haastattelun aineistosta kävi ilmi asukkaiden ilmoittaneen hoitajan asiattomasta käyttäytymisestä, joka on johtanut aina toimenpiteisiin niin kuin kuuluukin. Muistisairaajan kertoessa kaltoinkohtelusta on se aina otettava vakavasti, hyvä käytäntö tähän olisi ottaa hoitaja puhutteluun ja selvittää, mitä on tapahtunut. Muistisairaajan ja hoitajan kertomukset yleensä eroavat toisistaan, joten jos niiden perusteella ei saada selville mitä on oikeasti tapahtunut, on tilannetta seurattava nähdäkseen, toistuuko kyseinen käytös. Muistisairaalla voi olla sairaudesta johtuvia käytöshäiriöitä, joiden seurauksena hän kertoo asioita, jotka eivät välttämättä ole totta, vaan muistuttavat joitakin menneisyydessä tapahtuneita ikäviä asioita. Tästä syystä tilanteen seurauksena on tärkeää, jotta nähdään onko asukkaan puheissa perää.

Kaltoinkohtelua tapahtuessa on siihen tärkeää puuttua heti alkuvaiheilla, jottei se etene vakavammaksi. Hoivakodilla on käytössä ”nimi- käytäntö”, jossa työntekijän havaitessa toisen työntekijän käyttäytyvän asiattomasti asukasta kohtaan puutuu tilanteeseen sanomalla napakasti ”hei *nimi*”. Tästä huomautuksesta kaltoinkohtelevan työntekijän tulee ymmärtää, ettei hänen käyttäytyminen ole sopivaa ja muuttaa sitä. Käytännön ansiosta toinen työntekijä ei joudu ojentamaan kaltoinkohtelevaa työntekijää asukkaiden kuullen, vaan tilanne käydään läpi myöhemmin kahdenkeskisesti. Ti-

lanteen niin vaatiessa asia viedään esimiestasolle asti, jotka miettivät onko tarvetta antaa huomautusta työntekijälle. Hoitajan, joka on kaltoinkohdellut asukasta, työntekoa seurataan, jotta nähdään, toistuuko käytös. Käytännöstä on sovittu yhdessä ja se on kaikkien työntekijöiden tiedossa. Haastattelussa kävi ilmi, että kaikki hoitajat tietävät tämän käytännön ja että käytäntöä on jo jouduttu käyttämään. Usein on ollut tilanteita, joissa kaltoinkohtelua havainnut työntekijä ei ole puuttunut tilanteeseen. Tämän työn avulla hoitajia rohkaistaan puuttumaan kaltoinkohteluun aina sitä havaitessaan.

Haastattelussa lähes kaikki hoitajat kertoivat syyllistyneensä kaltoinkohteluun ainakin jossain määrin. Monet hoitajista ovat jääneet miettimään käyttäytymistään jälkikäteen pohtien, miten tilanteen olisi voinut hoitaa toisin, jottei kaltoinkohtelua olisi tapahtunut. Muistisairaiden puolesta tekeminen, heidän mielipidettään kysymättä ja liian ankarasti sanominen tai kiinniottaminen on yleisimpinä kaltoinkohtelun muotoja hoivakodissa. Suurin osa hoivakodilla tapahtuneista kaltoinkohtelu tilanteista on johtunut siitä, että hoitaja on menettänyt kärsivällisyytensä asukasta hoitaessaan. Jokaisen hoitajan tulisi miettiä omaa käytöstään hoivatilanteissa ja sitä, tahtoisiko hän itse tulla kohdelluksi samalla tavalla kuin hoitaa. Puuttumalla omaan käyttäytymiseensä hoitajalla on paremmat edellytykset tunnistaa kaltoinkohtelua sitä nähdessään ja sitä kautta puuttua myös muiden kaltoinkohteluun.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli kuvata hoivakodin työntekijöiden kokemuksia, asenteita ja ajatuksia muistisairaiden kaltoinkohtelusta. Työntekijöiden haastatteluiden pohjalta koottiin kirjallinen ohjeistus, jota käyttäen muistisairaiden kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä hoivakodilla ja hoitajille annetaan yhteiset keinot puuttua kaltoinkohteluun.

7.1 Kaltoinkohtelun määrittelemine ja ilmenemine hoivakodilla

Kvalitatiivisen tutkimustulosten mukaan hoivakodin henkilökunta pystyy määrittelemään joitakin kaltoinkohtelun eri muotoja. Vastaajien määrittäessä kaltoinkohtelua suurin osa nosti esille ensimmäisenä mieleen tulevana muotona psyykkisen kaltoinkohtelun, joka sisältää komentelua, tiettyjen asukkaiden suosimista, välinpitämättö-

myyttä, tekemistä vastoin asukkaan tahtoa ja asukkaan henkistä loukkaamista. Muutammat vastaajista puolestaan kertoi fyysisen kaltoinkohtelun kovakouraisina otteina ja väkivaltana tulevan ensimmäisenä mieleen kaltoinkohtelusta. Kaltoinkohtelua esiintyy tutkimuksen mukaan myös asukkaiden kesken ja omaisten puolelta.

Henkilökunnan mielestä hoivakodissa esiintyvä kaltoinkohtelu on hyvin lievämuotoista ja siihen syyllistyvät lähes kaikki jossain määrin, suurin osa kaltoinkohtelutapausten tapahtuu kuitenkin samojen hoitajien toimesta, samankaltaisissa tilanteissa. Hoitajat kertoivat tämän ilmeisesti johtuvan työntekijän välinpitämättömyydestä, sillä hän ei osaa asettaa itseään muistisairaana asemaan eikä täten välitä asukkaan itsemääräämisoikeudesta. Yleisimpänä muotona pidettiin psyykkistä kaltoinkohtelua, mikä ilmenee vastaajien mukaan henkilökunnan välinpitämättömyytenä joissakin tilanteissa, asukkaan aliarvioimisena ja puhuttelutavassa (äänen kohottaminen, vähättely, ilkeästi sanominen, tiuskiminen ja komentaminen). Yllättävää oli se, että osa henkilökunnasta kertoi haastattelun alussa, ettei hoivakodilla esiinny kaltoinkohtelua missään muodossa. Haastattelun edetessä he kuitenkin kertoivat esimerkkejä tilanteista, joissa kaltoinkohtelua esiintyy, joten heidän kertomuksensa olivat hieman ristiriitaisia. Tosin nämä haastateltavat mainitsivat kaltoinkohtelun tunnistamisen olevan vaikeaa. Pohdin, mikä sai hoitajat sanomaan, ettei hoivakodissa esiinny kaltoinkohtelua. Tulin siihen tulokseen, että henkilökunta pitää hoivakotia erityisen hyvänä paikkana muistisairaille asua ja kaltoinkohtelu, jota he työssään kohtaavat on hyvin lievämuotoista. Näin ollen hoivakodin positiiviset puolet jättivät kaltoinkohtelun varjoonsa, eivätkä hoitajat osanneet ajatella sitä tapahtuvan. Kaikki haastatteluun osallistuneet kertoivat viihtyvänsä työssään hoivakodilla ja kertoivat sen olevan erinomainen paikka muistisairaille asukkaille.

Kehittämistyönä laadittuun ohjeistukseen on määritelty kaikki kaltoinkohtelun eri muodot ja keinoja miten ne voidaan tunnistaa. Ikäihmisen kaltoinkohtelun tunnistaminen on ensiarvoista, koska kaltoinkohtelulle on tyypillistä sen jatkuminen, ellei ulkopuolelta puututa tilanteeseen (Hartikainen 2008, 14). Ohjeistukseen on otettu mukaan tutkimuksessa ilmenneitä kaltoinkohtelun muotoja ja esiintyvyyttä hoivakodilla. Tärkeänä osana ohjeistusta on esitelty tilanteet, jotka altistavat muistisairaalle asukkaat kaltoinkohtelulle. Kun henkilökunta pystyy tunnistamaan tilanteet, joissa kaltoinkohtelua esiintyy, he pystyvät välttämään niitä. Samoin he voivat ehkäistä kaltoinkohtelua omalla toiminnallaan

Sipiläisen (2008, 89) mukaan omaiset kertovat henkilökunnalle, jos epäilevät kaltoinkohtelua. Omaisen rooli on kuitenkin muuttunut, ja nykypäivänä omaiset uskaltavat entistä rohkeammin puuttua havaitsemiinsa epäkohtiin. Toisaalta tutkimuksessa kuvattiin, että omaiset seuraavat tilanteita pitkään eivätkä uskalla puuttua niihin ajoissa. Eri-laisilla omaiskyselyillä voidaan kartoittaa omaisten näkemyksiä hoidosta.

7.2 Mitkä tekijät altistavat muistisairaat asukkaat kaltoinkohtelulle

Hoitolaitoksissa tapahtuvaan kaltoinkohtelu käyttäytymiseen ovat yhteydessä useat tekijät: potilas, henkilökunta, olosuhteet ja tilanteet. Vanhusten kaltoinkohtelun syitä koskevat selitysmallit ovat pitkälti olettamuksia eivätkä edusta yksiselitteistä totuutta: taustat ja syyt ovat usein monimutkaisia. (Kankare & Lintula 2004, 99.) Hoivakodin työntekijöiden mukaan kaltoinkohtelulle altistavia tekijöitä ovat muistisairaahan käytöshäiriöt, hoitajan heikko ammattitaito, rutiineihin juurtuminen ja tehty kiire. Yleisimmäksi kaltoinkohtelulle altistavaksi tekijäksi haastatteluun osallistuneet nostivat yllättävän piirteen, jossa työntekijän ja asukkaan väliset kemiaat eivät kohtaa, minkä seurauksena he eivät tule toimeen keskenään. Ohjeistuksessa on korostettu hoivakodin henkilökunnan ammatillisuuden olevan tärkeä osa hoivakodin kaltoinkohtelulle altistavien tekijöiden karsimisessa. Hoitajien asenteiden ja arvojen ollessa kunnossa muistisairaita kohtaan kaltoinkohtelun riski pienenee.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty, että toisaalta vähemmän koulutettu tai kouluttamaton henkilökunta kaltoinkohtelisi vanhuksia muita enemmän. (Sipiläinen 2008, 86.) Tässä tutkimuksessa ei noussut esille kyseinen asia, vaan hoitajan peruskoulutuksella ei koettu olevan merkitystä siihen, millä tavoin he kohtelevat asukkaita. Sipiläisen (2008, 86) mukaan peruskoulutusta enemmän vaikuttavat henkilökunnan osaaminen ja ammattitaito siihen, millä tavoin he kohtelevat asukkaita. Huono ammattitaito altistaa kaltoinkohtelulle etenkin tilanteissa, joissa hoidetaan muistisairaita, käytösoireisia asukkaita.

7.3 Keinoja ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua

Heinäkuussa 2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain eli *lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* avulla pyritään turvaamaan ikääntyneen väestön hyvinvointi. Yksiköissä, joissa tarjotaan hoitoa ja huolenpitoa ikäihmisille, tulisi olla selkeät ja sovitut toimintatavat kaltoinkohtelun

tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013.) Kehittämistyönä laaditun ohjeistuksen keskeisin aihe on kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy, jonka avulla kaltoinkohtelua pystytään tunnistamaan ja sen seurauksena asiaan voidaan puuttua. Ohjeistukseen on koottu kattava kokonaisuus hyvän hoidon keinoista, joita seuraamalla hoitajat ottavat työssään huomioon asukkaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden.

Hoivakodilla on esillä yrityksen oma huoneentaulu, jossa määritellään hyvän hoidon kriteerit ja työntekijöiden yhteiset tavoitteet hoivatyössä. Haastatteluun osallistuneista osa ei ehkä osannut mieltää näiden ohjeistusten itsessään olevan kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemistä. Ohjeistuksessa on muistutettu näiden kriteerien itsessään jo olevan ennaltaehkäisyä, sillä hyvän hoidon toteutuessa ei hoivakodissa esiintyisi kaltoinkohtelua. Tutkimuksen mukaan hoitajat tarvitsevat lisää rohkeutta puhua avoimesti asiasta ja siten keinoja myös uskallusta puuttua kaltoinkohteluun. Hoitajat kertoivat kaltoinkohtelun esille tuomisen laskevan kynnystä puhua kaltoinkohtelusta hoivakodissa. Ohjeistuksen tarkoituksena onkin nostaa henkilökunnan tietoisuutta kaltoinkohtelusta ja sitä kautta ennaltaehkäistä ja rohkaista puuttumaan kaltoinkohtelu tilanteisiin.

Jokaisen hoitotilanteen lähtökohtana on apua tarvitsevan ihmisen kohtaaminen. Koh- taamisessa tehtävien suorittaminen ei ole tärkein ja päällimmäisin asia, vaan hoitajan pitää olla valppaana vastaamaan asukkaan sen hetkisiin tarpeisiin, jotka vaihtelevat paljonkin tilanteittain. Joskus asukas tarvitsee apua suoriutuakseen ruokailusta. De- mentoitunut henkilö voi ajoittain tuntea olonsa yksinäiseksi ja kaivata seuraa ja hoita- jan läheisyyttä, toisinaan hän kaippaa vain yksinoloa. Jotta hoitaja havaitsisi hoidetta- van erilaisia tarpeita, hänen on oltava kiinnostunut siitä, mikä on missäkin tilanteessa merkityksellistä. Hoitajan kiireettömyys ja aito läsnäolo hoidettaessa auttaa kuule- maan ja havaitsemaan paremmin asukkaan tarpeita. (Kankare ym. 2004, 77.) Haastat- teluiden perusteella huomattiin, että kaltoinkohtelua tapahtuu arjen normaaleissa toi- minnoissa, mitkä ohjaavat päivän kulkua. Ohjeistuksessa on hyvän hoidon kriteerei- den inspiroimana käsitelty muistisairaana perustarpeista huolehtiminen ottaen kaikessa toiminnassa huomioon asukkaan yksilöllisyys ja siten henkinen hyvinvointi. Kaltoin- kohtelun ehkäisyyn kannalta on oleellista saada perusasiat kuntoon hoivakodin arjen toiminnassa. Ohjeistukseen on myös koottu lakisäätteiset keinot: edunvalvonta ja lä- hestymiskielto, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua.

Kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemisessä, kvalitatiivisten tutkimustulosten mukaan, suurimpana tekijänä on hoivakodin henkilökunnan tietoisuus asiasta, ja työyhteisön avoimuus, jolloin aiheesta voidaan puhua ja hoitajat sitoutuvat noudattamaan heille annettua ohjeistusta. Haastatteluissa hoitajat mainitsivat jo pelkän aiheen esille ottamisen helpottavan kaltoinkohtelun puhumisesta, aikaisemmin aihe on ollut ns. tabu hoitajien kesken eikä siitä ole juurikaan keskusteltu. Laaditun ohjeistuksen avulla hoitajille annetaan kattava paketti, jonka avulla he voivat pohtia omaa käyttäytymistään ja siten ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua toiminnallaan työpaikalla.

Ohjeistuksen mukaan asukkaiden keskinäistä kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä ottamalla asukkaiden keskenään toimeen tuleminen huomioon. Esimerkiksi ruokailuiden pöytäjärjestyksessä työntekijät voivat ottaa huomioon ettei kaltoinkohteleva asukas istu samassa pöydässä uhrinsa kanssa, josta hän pääsee kaltoinkohtelemaan tätä. Psykkiseen kaltoinkohteluun, mikä tapahtuu omaisten teoista johtuen, voidaan ohjeistuksessa annettujen ohjeiden mukaan puuttua antamalla omaisille tietoa muistisairaudesta, minkä pitäisi auttaa heitä ymmärtämään muistisairaahan käyttäytymistä ja siten ehkäistä kaltoinkohtelua. Omaisten mukaan ottamisella muun muassa omaistenpäivän avulla voidaan tukea omaisen ja muistisairaahan välisiä sosiaalisia suhteita.

7.4 Mitä keinoja henkilökunnalla on kaltoinkohteluun puuttumiseen

Kaltoinkohteluun puuttuminen on aina hankalaa, kuten haastatteluissa tuli ilmi. Hoitajien kynnystä puuttua nostaa se, että kaltoinkohtelijana voi olla työtoveri, jonka tekemisiin he eivät uskalla tai halua puuttua, sillä he pelkäävät työilmapiiriin kärsivän siitä. Kaltoinkohteluun puuttuminen on erityisen tärkeää, sillä muistisairaajat asukkaat eivät kykene itse vaikuttamaan asiaan, vaan hoitajien on toimittava heidän edunvalvojina tässä tilanteessa ja saatava kaltoinkohtelu loppumaan.

Kehittämistyönä laaditussa ohjeistuksessa on muutamia keinoja puuttua kaltoinkohteluun, mutta sen pääpaino on kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyssä. Ennaltaehkäisyssä kunnossa ei puuttumisen keinoja tarvita niinkään paljon, sillä kaltoinkohtelua ei pitäisi esiintyä hoitajien sitoutuessa noudattamaan hyvän hoidon kriteereitä. Ohjeistuksen pohjana käytetyn kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksissa todettiin hoivakodilla olevan hyvä käytännön keino, jolla kaltoinkohteluun puututaan. Hoivakodin henkilökunta kuitenkin kaipasi enemmän rohkeutta puuttua kaltoinkohtelu tilanteisiin.

Hoitajilla on käytännössä hoivakodilla hyväksi todettu ”nimi-käytäntö”. Työntekijän joka havaitsee kaltoinkohtelua on puututtava tilanteeseen sanomalla napakasti ”hei nimi”. Käytännön avulla kaltoinkohteleva hoitaja tietää toimineensa väärin ja hänen täytyy muuttaa toimintatapaansa. Hoitajien on uskallettava puuttua muistisairaana kaltoinkohteluun sitä kohdatessaan. Henkilökuntaa rohkaistaan käyttämään nimi- käytäntöä, sillä asukkaat eivät itse ole kykeneviä pitämään puoliaan, joten hoitajien on tehtävä se. Ohjeistuksessa hoitajia rohkaistaan tähän roolipelin avulla, jossa hoitajat esittävät kaltoinkohtelu tilanteita ja toisen hoitajan on puututtava tilanteeseen. Tämän jälkeen tilanne käydään läpi ja mietitään miten kaltoinkohtelua olisi voitu välttää ja miten hoitajan puuttumisen koettiin tilanteeseen nähden onnistuneen. Hoitajat voivat yhdessä pohtia keinoja miten tilanteeseen voitaisiin puuttua, riittääkö hoivakodilla jo käytössä oleva nimi- käytäntö vai tulisiko tilanteen huomanneen hoitajan ehdottaa menevänsä itse hoitamaan tilanne loppuun.

7.5 Tutkimuksen luotettavuus

Käytin kehittämisprosessin pohjatyönä laadullisen tutkimuksen aineistoa, jonka avulla koottiin tietoa hoivakodin henkilökunnan käsityksestä kaltoinkohtelusta. Eskolan ym. (2008, 210.) mukaan laadullisessa tutkimuksessa arviointi pelkistyy kysymykseksi siitä, onko tutkimusprosessi luotettava. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija itse on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Kun kyse on kvalitatiivisesta tutkimuksesta, sen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on itse tutkija ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia.

Pyrin kuvaamaan tutkimusraportissani tutkimusprosessin vaiheet mahdollisimman kuvaavasti ja tarkasti, jotta haluttaessa tutkimus voitaisiin toteuttaa uudestaan. Tutkittavan ilmiön ja tutkimushenkilöiden neutraali lähestyminen ei onnistunut täysin, sillä olen ollut aikaisemmin töissä kyseisessä hoivakodissa, johon tutkimus tehtiin. Haastateltavat olisivat voineet ehkä vastata kysymyksiin eri tavalla, jos haastattelijana olisi ollut heille entuudestaan tuntematon henkilö. Haastatteluun osallistuneet kertoivat avoimesti kokemuksistaan muistisairaiden kaltoinkohtelusta, joten koen saaneeni tutkimustani varten rehellisiä vastauksia aiheen tiimoilta. Haastateltavat tiesivät minun tekevän opinnäytetyön muistisairaiden kaltoinkohtelusta heidän hoivakodissaan ja että tulisin haastattelemaan henkilökuntaa. Pidin hoivakodin henkilökunnalle yhteisen il-

moitustilaisuuden aiheesta, joten heillä kaikilla oli sama lähtökohta vastata haastatteluihin. Mielestäni tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että henkilökunnan jäsenet eivät nähneet kyselylomaketta etukäteen, joten heidän vastauksensa eivät olleet tarkkaan mietittyjä etukäteen. Kohtelin kaikkia haastateltavia samalla tavoin ja pyrin esittämään kaikille samat kysymykset, kuitenkin eri järjestyksessä kuten avoimessa teemahaastattelussa voidaan tehdä. Tutkimushenkilöiden valinta oli itsestään selvyys, sillä opinnäytetyön tilaajana toimineen hoivakodin toiveesta kaikki paikan työntekijät oli tarkoitus haastatella. Tehdessäni haastatteluja huomasin suurimman osan työntekijöistä kertovan samoja asioita, joten yhdessä ohjaajani kanssa keskusteltuani päädyimme siihen tulokseen, että seitsemän työntekijän haastattelu olisi riittävä pohjatyö kehittämistyön laatimiseen. Haastattelujen tallennus ja tarkka litterointi lisäävät luotettavuutta, sillä aineistoa analysoidessani tekemäni teemoittelu auttoi keräämään kaiken tarvittavan tiedon yhteen. Pyrin analysoimaan tutkimusaineiston kattavasti ja tarkasti välttäen satunnaisiin poimintoihin perustuvia tulkintoja.

Kvalitatiivisen aineiston pohjalta lähdin kokoamaan hoivakodille kehittämistyönä tehtävää ohjeistusta. Ohjeistukseen kokosin haastatelluista ilmenneiden tarpeiden mukaan henkilökunnalle tarpeellista teoriaa kaltoinkohtelusta. Ohjeistuksessa käsitellään kaltoinkohtelua viitekehysten teoriaan, kvalitatiivisen tutkimusaineistoon ja hyvän hoidon kriteereitä käyttäen. Päätin käyttää ohjeistuksessa haastatteluissa koottua materiaalia, jonka avulla ohjeistus on helposti lähestyttävä hoivakodin työntekijöille. Ohjeistuksessa on kattavasti tietoa kaltoinkohtelun eri muodoista, sen tunnistamisesta ja ennaltaehkäisystä. Kaltoinkohtelun puuttumisen keinoista hoivakodin sisäisessä toiminnassa olisin kaivannut enemmän lähteitä ja sitä kautta tietoa. Vaikka puuttumisen keinoista laadittu osa ohjeistuksessa jäi melko suppeaksi, en usko sen vaikuttavan opinnäytetyön luotettavuuteen negatiivisesti. Panostin ohjeistuksen kokoamisessa kaltoinkohtelun ennaltehkäisyyteen, joten hoitajien pystyessä toimimaan ohjeistuksen mukaan, ei heillä pitäisi olla tarvetta puuttua kaltoinkohteluun.

Pyrin käyttämään opinnäytetyössäni mahdollisimman tuoreita lähteitä kriittisesti ja riittävän laajasti. Lähteistä otettujen ajatusten sisällön olen pyrkinyt pitämään samana kuin se on ollut alun perin. Kaltoinkohtelun ennaltehkäisemisen ja puuttumisen keinojen mallit hoivakodille kehittämistyönä laadittuun ohjeistukseen perustuvat hoivakodin sisäisten käytäntöjen malliin, kirjallisuuden, ja tutkimuksen aineistosta koottuun

tietoon. Opinnäytetyön eri vaiheissa tapahtuvat valinnat ovat perusteltuja ja se lisää työn luotettavuutta.

Kehittämistyönä laadittu ohjeistus on hoivakodille tarpeen, sillä tutkimuksen mukaan hoitajat tarvitsevat enemmän tietoutta kaltoinkohtelusta voidakseen tunnistaa, ennaltaehkäistä ja puuttua siihen. Tässä opinnäytetyössä kaltoinkohtelua kuvataan työn tilaajan: yksityisen hoivakodin hoitajien näkökulmasta kyseisessä paikassa. Muilla hoitotyöhön osallistuvilla, hoivakodin asukkailla ja heidän omaisillaan voi olla muunlaisia ajatuksia aiheesta. Kehittämistyönä laadittu ohjeistus kaltoinkohtelun tunnistamisesta, ennaltaehkäisemisestä ja puuttumisen keinoista on laadittu kyseiselle yksikölle, mutta muutkin voivat käyttää sitä toimintansa kehittämisessä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyöni valmistui nopealla aikataululla, sillä sain aiheen vahvistuksen syyskuun viimeisenä päivänä ja työ jätettiin valmiina tarkastettavaksi marraskuun alussa. Minulla oli mahdollisuus työskennellä täysipäiväisesti työn parissa, joten kiireinen aikataulu ei ole päässyt vaikuttamaan työhöni. Nopeaan valmistumiseen vaikutti myös asian kiinnostavuus ja ajankohtaisuus, minkä ansiosta työtä oli mielekästä tehdä. Tutkimusprosessi on ollut opettavainen, se on syventänyt omaa ammatillista näkemystäni asiakasnäkökulman tärkeydestä sosiaali-alan työssä. Opinnäytetyön tekeminen oli miellyttävää aiheen arkuudesta huolimatta, sillä ohjeistuksen laatimisen kautta tiedän hoivakodin parantavan yksikkönsä toimintaa entisestään ja karsimaan kaltoinkohtelun toiminnastaan.

Päädyin tekemään viime hetkellä suuria muutoksia opinnäytetyön tutkimusaineiston tulosten analysointia ja kehittämistyönä laaditun ohjeistuksen kokoamista käsittelevään osioon ohjaavan opettajan palautteen perusteella. Olen nyt tyytyväinen osioon, johon tein muutoksia. Mielestäni uusi versio on paljon selkeämpi ja siitä on helpompi seurata ohjeistuksen työstämisen kulkua. Olisin voinut käyttää enemmänkin ohjaavan opettajan ohjausta opinnäytetyön prosessissa. Muuten olen tyytyväinen opinnäytetyön prosessin aikatauluun, mutta olisin tahtonut esitellä hoivakodille laatimani ohjeistuksen ennen opinnäytetyön palautusta, jotta olisin saanut työkentältä palautetta ohjeistuksen ulkonäöstä ja toimivuudesta.

Olen aikaisemmin työskennellyt vanhusten parissa niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella. Oli mielenkiintoista koota yksityisen puolen hoivakodin työntekijöiden kokemuksia kaltoinkohtelusta, sillä joissakin paikoissa kaltoinkohtelu näkyi valitettavasti jokapäiväisessä toiminnassa, kun taas muualla kaltoinkohtelua ei esiinny juuri ollenkaan. Odotin aiheen vahvistuksesta lähtien tuloksia, jotka tulen saamaan hoivakodin työntekijöiden haastattelusta.

Ikääntyneiden kaltoinkohtelusta on tehty useampikin tutkimus, mutta nämä ovat sijoittuneet enimmäkseen julkisen puolen palveluihin. Työn tilaajana toiminut yksityinen hoivakoti on minulle entuudestaan tuttu paikka ja heidän kanssaan tehty yhteistyö oli sujuvaa. Ohjaajanani toiminut yrittäjä antoi hyviä neuvoja ja ohjeisti minua, jotta kehittämistyönä laadittu ohjeistus vastaisi heidän odotuksiaan ja tavoitteet täytettäisiin.

Opinnäytetyön prosessia tehdessä kasvoin ammatillisesti, pohdin omaa toimintaani ja sitä, miten voin itse tunnistaa ja ennaltaehkäistä kaltoinkohtelua omalla toiminnallani. Opinnäytetyön tekemisen aikana olen sisäistänyt yhä paremmin työntekijän roolin suhteessa asiakkaiden hyvinvointiin. Tämän seurauksena olen omaksunut oman roolini sosionomina, asiakkaiden hyvinvoinnin tukijana ja voimavarojen vahvistajana. Haastattelutilanteissa harjaannuin paljon ammatillisissa vuorovaikutussuhteissa. Opinnäytetyön tekeminen on ollut laajin kirjallinen tuotos, jonka olen koskaan tehnyt. Sen tekeminen on harjaannuttanut tutkimuksellista osaamistani ja opettanut tuottamaan tietoa työelämän käytännön kehittämistä varten.

Teoreettiseen viitekehykseen olen kerännyt mielestäni kaikista oleellisimman tiedon työtäni koskien. Viitekehyksessä ei ole käsitelty lainkaan iäkkäitä tai vanhuksia, kuten monet olettaisivat työn koskiessa tehostetun palveluasumisen yksikköä, kyseessä on kuitenkin nimenomaan muistisairaille tarkoitettu hoivakoti, jossa ei katsota asukkaan ikää vaan muistisairauden vakavuutta. Muistisairauden käsitteleminen oli hieman haastavaa, sillä siihen sisältyvät useat eri sairaudet, joilla on erilainen vaikutus muistisairaahan käyttäytymiseen. Mielestäni sain kuitenkin koottua tiivistetyn, mutta kattavan kokonaisuuden muistisairauksista, jonka avulla lukija pääsee hyvin perille aiheesta. Teoriaosuuteen kuuluu myös luonnollisesti palveluasumisen toteutumista ohjaavat lait ja säädökset sekä asiakkaan itsemääräämisoikeus. Itselleni kaikista mielenkiintoisinta oli koota osuutta, jossa käsitellään hoivakodeissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua ja sen eri

muotoja. Kokoamisen aikana mietin omaa kokemustani vanhusten parissa työskentelystä.

Haastattelun perusteella sain oletetusti hyvin kattavasti tietoa siitä, kuinka hoivakodin työntekijät kokevat kaltoinkohtelun kyseisessä hoivakodissa. Alun perin tämän piti olla ainoa tutkimuskysymys, mutta miettiessäni opinnäytetyön kokonaisuutta, päätin lisätä kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyn ja puuttumisen keinot itse opinnäytetyöhön sen sijaan, että olisin jättänyt ne käsiteltäväksi vain hoivakodille tehtyyn ohjeistukseen. Tämä lisäsi työn haasteellisuutta, sillä alun perin ainoaksi tutkimuskysymykseksi tarkoitettu kvalitatiivinen tutkimus toimi pohjana kehittämistyönä laaditulle ohjeistukselle. Kehittämistyössä käytin teoreettiseen viitekehykseen koottua tietoa, joista tärkeimpänä on kaltoinkohtelun eri muodot. Ohjeistuksessa ei ole käytetty vain teorian materiaalia, vaan siihen on koottu myös kvalitatiivisessa tutkimuksessa saatua aineistoa. Onnistuin mielestäni hyvin yhdistämään teorian ja aineiston kootessani ohjeistusta. Hoitajien on tärkeää tunnistaa eri muodot, jotta he pystyvät ennaltaehkäisemään ja puuttumaan kaltoinkohteluun. Kehittämistyön kannalta tärkeintä hoivakodille on saada tietoa, kuinka kaltoinkohtelua voidaan ennaltehkäistä kyseisessä yksikössä ja saada yhteiset puuttumisen keinot.

Uskon hoivakodin hoitajien hyötyvän työstäni, sillä jo pelkästään asian esille ottaminen ja haastatteluiden pitäminen tuntui rohkaisevan heitä puhumaan aiheesta ja siten myös käyttämään keinoja ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Mielestäni on tärkeää, että tekemäni ohjeistus esitellään työntekijöille yhteisesti, jotta he todella hyötyvät siitä antaen heille paremman käsityksen kaltoinkohtelusta. Esittelen ohjeistuksen hoivakodin henkilökunnalle aikataulullisista syistä opinnäytetyön palautuksen jälkeen. Ohjeistus jää hoivakodin työntekijöille yhteiseksi toimintamalliksi, johon he voivat tukeutua kohdatessaan kaltoinkohtelua. Kehittämistyönä kokoamani ohjeistus pätee mielestäni muuallekin kuin muistisairaiden hoivakodin kaltoinkohtelun tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja puuttumisen keinoihin. Vaikka välillä prosessin työstäminen oli haastavaa, sain kuitenkin tehtyä työn suunnittelemani aikataulun mukaisesti.

Minulle heräsi monia eri jatkotutkimusaiheita tehdessäni opinnäytetyötäni. Olisi mielenkiintoista tutkia samalla menetelmällä julkisen puolen tehostetun palveluasumisen yksikköä, jossa on paljon asukkaita ja työn määrään nähden liian vähän työntekijöitä, kuten monissa paikoissa tilanne on. Uskon, että julkisen puolen samankaltaisesta yk-

siköstä saadut tulokset kaltoinkohtelun esiintyvyydestä ja sen muodoista hoitolaitoksessa eroaisivat suuresti yksityisen muistisairaille suunnatun hoivakodin tuloksista. Myös toisen samankaltaisen yksityisen hoivakodin käyttö tutkimuksen teossa ja tulosten vertailu olisi hyvä aihe. Vertailun avulla palveluita voitaisiin kehittää entisestään. Kehittämistyönäni laatimani ohjeistuksen toimivuutta käytännön työssä voitaisiin myös tutkia.

LÄHTEET

Kirjalähteet

Aaltola, J & Valli R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön – osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001, Kun muisti pettää – muistihäiriöt ja dementia. Porvoo: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hartikainen, S. 2008. Ikääntyneiden lähisuhteissaan kokema kaltoinkohtelu ja sosiaalityö kaltoinkohtelun tunnistajana ja siihen puuttujana. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto: Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kankare, H. & Lintula, H. 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kivelä, S. 2012. Hyviä vuosia – arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, S. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike ry. Tallinna Raamatutrukikoda, Eesti 2011.

Lämsä, S. 2009. Pimeydestä valoa kohti – Toimintamalli ikäihmisen kaltoinkohteluun puuttumiseksi Kuusamon perusturvassa. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Sipiläinen, H. 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta vanhainkodeissa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Sipiläinen, H., Kankkunen P. & Kvist T. 2011. Kaltoinkohtelu vanhainkodeissa – hoitotyön johtajien käsityksiä altistavista tekijöistä ja ennaltaehkäisystä. Itä-Suomen Yliopisto: Gerontologia – lehti 25(1), 2011. Sivut 15-26.

Internetlähteet

Alhainen, K., Erkinjuntti, T. & Vataja, R. 2008. Dementia eli muistisairaudet – dementiasairauksiin liittyviä käytösoireita. Tohtori internetsivut. Helsinki. Julkaistu 03.09.2008. Saatavissa: <http://www.tohtori.fi/?page=2134015&id=4950603> [viitattu 6.10.2014].

Mikä on RAVA- mittari. 2013. FCG Finnish Consulting Group. Helsinki. Saatavissa: <http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari> [viitattu 1.11.2014].

Muistiliiton käsitteitä. 2014. Muistiliiton internetsivut. Helsinki. Päivitetty 9.9.2014. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/kasitteita/> [viitattu 1.10.2014].

Muistisairaudet. 2014. Muistiliiton internetsivut. Helsinki. Päivitetty 9.9.2014. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/> [viitattu 2.10.2014].

Nurmi, M. 2006. Ikääntyneiden kaltoinkohtelu. Nettineuvo-palvelu internetsivut. Kymenlaakso. Päivitetty 31.8.2006. Saatavissa: <http://www.nettineuvo.fi/index.asp> [viitattu 2.10.2014].

Henkilöstömitoituslaskuri. 2014. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SUPER internetsivut. Helsinki. Saatavissa: <http://www.superliitto.fi/tyoelamassa/henkilostomitoitukset/henkilostomitoituslaskuri/> [viitattu 5.11.2014].

Ikäihmisten kaltoinkohtelu. 2014. Suvanto Ry- turvallisen vanhuuden puolesta. Helsinki. Saatavissa: <http://www.suvantory.fi/ikaihminen-kaltoinkohtelu/> [viitattu 2.12.2014].

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013/11. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf [viitattu 5.11.2014].

Laitos- ja palveluasumiseen hakeminen. 2012. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimin internetsivut. Päivitetty 29.3.2012. Saatavissa: <http://www.mikkelinseutusote.fi/vanhuspalvelut/laitos-ja-palveluasumisen-hakeminen> [viitattu 1.11.2014].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lähisuhde ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. 2008. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3513.pdf [viitattu 2.10.2014].

Passi, M. & Reinboth S. 2014. Sairaanhoidtajaa epäillään 84 – vuotiaan vanhuksen myrkyttämisestä. Uutinen Helsingin Sanomissa 29.10.2014. Päivitetty 30.10.2014. Saatavissa: <http://www.hs.fi/kotimaa/a1414554362162> [viitattu 7.11.2014].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemoittelu. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston internetsivut. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html [viitattu 21.10.2014].

Soini, H., Kaukonen J., Varis, M., Silander, E. & Muurinen, S. 2009. Asukkaiden tyytyväisyys hoitoon Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa 2008. Helsingin kau-

pungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009:5. Saatavissa:

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/534836004a1563d99752f7b546fc4d01/5_asukkaiden_tyytyvaisyys.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=534836004a1563d99752f7b546fc4d01 [viitattu 2.10.2014].

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa.

2014. Helsinki. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedote 76/ 2014. . Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1879467#fi> [viitattu 2.10.2014].

Taponen, T. 2014. Hoitajien hätähuuto paljastaa karun arjen. Uutinen Iltalehdessä

24.10.14. Saatavissa: http://www.iltalehti.fi/uutiset/2014092318689987_uu.shtml

[viitattu 7.11.2014].

Vuorio, S. & Väyrynen, R. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystieteissä

2009. Tilastoraportti. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 20.5.2014.

Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085208> [viitattu 1.10.2014].

Liite 1.

Hoitokodin työntekijöiden käsityksiä muistisairaiden kaltoinkohtelusta hoitokodissa.

Opinnäytetyön haastatteluiden taustatietolomake, ympyröi sopiva vaihtoehto.

Ammattinimikkeesi

lähihoitaja

perushoitaja

terveydenhoitaja

sairaanhoitaja

muu, mikä? _____

Koulutuksesi

opistotaso

ammattikorkeakoulu

korkeakoulu

Onko sinulla täydennyskoulutusta vanhusten hoitotyöstä?

ei

kyllä, _____

Onko sinulla täydennyskoulutusta muistisairaiden hoitamisesta?

ei

kyllä, _____

Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta

yhteensä hoitotyössä _____ vuotta

vanhustyössä _____ vuotta

muistisairaiden hoitotyössä _____ vuotta

nykyisessä työssä _____ vuotta

Onko vielä jotain, mitä haluat kommentoida tähän haastatteluun tai tutkimukseen liittyen?

Liite 2. Avoimen teemahaastattelun runko

Miten määrittelette kaltoinkohtelun?

- missä menee kaltoinkohtelun ja hyvän hoitamisen raja
- eri muodot, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, taloudellinen, seksuaalinen, hoidon laiminlyönti
- kuinka usein, kuka kaltoinkohtelee

Minkälaista kaltoinkohtelua ilmenee teidän hoitokodissa?

- millaisissa tilanteissa
- miten ilmenee arjessa – ruokailutilanteet, pesut, päiväohjelma
- ketkä kaltoinkohtelevat
- oletteko itse kaltoinkohdelleet
- miten voidaan välttää

Mitkä tekijät altistavat muistisairaita kaltoinkohtelulle hoitokodissa?

- hoivakodin hoitoympäristö
- henkilöstöön liittyvät tekijät
- asukkaisiin ja omaisiin liittyvät tekijät
- kulttuuri ja työtavat

Miten toimitte mahdollisissa kaltoinkohtelu tilanteissa?

- minkälaisia toimia teillä on
- puuttuttko tilanteeseen
- onko puuttuminen helppoa
- puuttumisen välineet

Miten kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä?

- yhteiset säännöt, ohjeistukset
- henkilökuntaan ja toimintatapoihin liittyvät keinot
- asukkaisiin ja omaisiin liittyvät keinot

Liite 3. Tiedote haastatteluista

Tiedote 08.10.2014

Hei

Olen tekemässä sosisaalialan koulutusohjelman opinnäytetyötä. Hoivakotinne toimii työni tilaajana, mikä tarkoittaa, sitä että yrityksenne hyötyy työstäni jollain tavoin. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää yksityisen muistisairaiden hoivakodin henkilökunnan kokemuksia kaltoinkohtelusta ja kerätä keinoja ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Tutkimuksessa kootun tiedon perusteella tehdään hoivakodin laatukäsikirjaan oma kappale kaltoinkohtelusta, joka linjaa yhteiset toimintatavat ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun. Hoitokotinne pysyy opinnäytetyössäni nimettömänä yksityisyyden turvaamiseksi.

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jonka aineisto kerätään tekemällä avoin teemahaastattelu hoivakodin henkilökunnalle, haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina. Tutkimukseen osallistuu kaikki yrityksen työntekijät ja haastattelut tehdään teidän työajallanne.

Haastattelun tarkoituksena on kerätä mahdollisimman todenmukaista tietoa henkilökunnan käsityksistä kaltoinkohtelusta. Teemahaastattelun kysymykset on jätetty avoimiksi, jotta teille jää omaa tilaa pohdinnalle ja henkilökohtaisille näkemyksille. Haastatteluita ei tarvitse hermoilla, kerään tietoa teidän omaksi parhaaksenne. Kaikki haastattelut tallennetaan (teidän luvallanne), jotta voin analysoida tulokset tarkemmin. Kertokaa rohkeasti omia näkemyksiä ja esimerkkejä, sillä haastatteluissa saatu aineisto on täysin luottamuksellista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää teidän hoivakodin toimintaa ja antaa teille työkalut ennaltaehkäistä ja puuttua kaltoinkohteluun, tätä kautta voitte parantaa muistisairaiden asukkaiden elämän laatua entisestään.

Ystävällisin terveisin

Tanja Gaard